

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM**  
**FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

**DIPLOMSKA NALOGA**

**ANGELIKA PUSTOTNIK**

**Izola, 2012**

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

**VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI CELOSTNI  
OBRAVNAVI PACIENTA Z BIPOLARNO MOTNJO  
RAZPOLOŽENJA**

**Študentka: ANGELIKA PUSTOTNIK**

**Mentorica: mag. Vesna Čuk, prof. zdr. vzg., viš. pred.**

**Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI  
PROGRAM**

**Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA**

**Izola, 2012**



**UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

**VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI CELOSTNI  
OBRAVNAVI PACIENTA Z BIPOLARNO MOTNJO  
RAZPOLOŽENJA**

**THE ROLE OF NURSE IN COMPREHENSIVE TREATMENT OF THE  
PATIENT WITH BIPOLAR DISORDER**

**Študentka: ANGELIKA PUSTOTNIK**

**Mentorica: mag. Vesna Čuk, prof. zdr. vzg., višja predavateljica**

**Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI  
PROGRAM**

**Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA**

**Izola, 2012**

## KAZALO VSEBINE

KAZALO SLIK .....	III
KAZALO TABEL .....	IV
POVZETEK .....	V
ABSTRACT .....	VI
SEZNAM KRATIC .....	VII
1 UVOD.....	1
2 TEORETIČNA IZHODIŠČA .....	2
2.1 Zgodovina bipolarne motnje .....	2
3 BIPOLARNA MOTNJA RAZPOLOŽENJA.....	4
3.1 Opredelitev bipolarne motnje razpoloženja .....	4
3.2 Znaki in simptomi bipolarne motnje .....	6
3.3 Vzroki nastanka bipolarne motnje.....	9
4 ZDRAVLJENJE BIPOLARNE MOTNJE RAZPOLOŽENJA.....	12
4.1 Diagnostika bipolarne motnje razpoloženja.....	12
4.2 Vrste in načini zdravljenja .....	13
5 ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTA Z BIPOLARNO MOTNJO RAZPOLOŽENJA .....	16
5.1 Preventiva in zdravstvena vzgoja pacienta z bipolarno motnjo     razpoloženja	16
5.2 Vloga negovalnega tima v procesu zdravstvene nege   pacienta z bipolarno motnjo razpoloženja .....	18

6 PROCES ZDRAVSTVNE NEGE PACIENTOV Z BIPOLARNO MOTNJO RAZPOLOŽENJA .....	20
6.1 Naloge medicinske sestre pri zdravstveni negi pacienta v manični fazi bipolarne motnje.....	20
6.2 Naloge medicinske sestre pri zdravstveni negi pacienta v depresivni fazi bipolarne motnje razpoloženja .....	26
7 RAZISKOVALNI DEL NALOGE .....	30
7.1 Opredelitev raziskovalnega problema .....	30
7.2 Namen in cilji.....	30
7.3 Hipoteze .....	31
7.4 Anketni vprašalnik .....	31
7.5 Potek raziskave.....	31
7.6 Vzorec.....	32
7.7 Obdelava podatkov .....	32
8 REZULTATI.....	33
9 RAZPRAVA .....	47
9.1 Omejitve raziskave .....	50
10 ZAKLJUČEK.....	51
11 LITERATURA.....	52
ZAHVALA.....	
PRILOGE.....	

## KAZALO SLIK

Slika 1: Simptomi in znaki bipolarne motnje razpoloženja .....	7
Slika 2: Mešana slika bipolarne motnje razpoloženja .....	9
Slika 3: Značilnosti bipolarne motnje razpoloženja .....	11
Slika 4: Delovanje kemičnih prenašalcev .....	13
Slika 5: Starost anketiranih.....	33
Slika 6: Spol anketiranih .....	34
Slika 7: Izobrazba anketiranih .....	34
Slika 8: Delovna doba anketiranih na psihiatriji.....	35
Slika 9: Skupna delovna doba anketiranih .....	36
Slika 10: Razlike med spoloma pri obolenju z bipolarno motnjo razpoloženja .....	37
Slika 11: Poznavanje epizod bipolarne motnje razpoloženja .....	37
Slika 12: Značilnosti pacientov z bipolarno motnjo razpoloženja.....	38
Slika 13: Udeleževanje izobraževanj .....	39
Slika 14: Pogostost udeleževanja izobraževanj .....	40
Slika 15: Zadostno število izobraževanj .....	40
Slika 16: Metode zdravljenja bipolarne motnje razpoloženja .....	41
Slika 17: Samostojno izvajanje PZN glede na pridobljena znanja in izkušnje .....	42
Slika 18: Najpomembnejša aktivnost v PZN .....	43
Slika 19: Vključitev in sodelovanje v celostno obravnavo .....	44
Slika 20: Način sodelovanja v PZN .....	44
Slika 21: Vključitev ZN v proces obravnave pacientov z bipolarno motnjo razpoloženja .....	45
Slika 22: Vloga zdravstveno negovalnega osebja .....	46

## **KAZALO TABEL**

Tabela 1: Glavne motnje razpoloženja .....	5
--	---



## POVZETEK

Bipolarna motnja razpoloženja je duševna bolezen, ki vsako leto prizadene vedno več ljudi. Ena izmed učinkovitih metod preprečevanja duševnih obolenj je skrb za duševno zdravje. Pomembno vlogo ima tudi osebje v zdravstveni negi, ki s svojim znanjem in s svojimi izkušnjami pomaga v procesu zdravljenja bipolarne motnje.

Namen diplomske naloge je predstaviti bipolarno motnjo razpoloženja in vlogo medicinske sestre pri celostni obravnavi pacienta z bipolarno motnjo. Na izbranem vzorcu 48 anketirancev osebja v zdravstveni negi iz dveh psihiatričnih bolnišnic smo ugotavljali znanje in sposobnosti za prepoznavanje znakov bipolarne motnje razpoloženja, sposobnosti za prepoznavanje potreb po zdravstveni negi in možnosti sodelovanja pri celostni obravnavi pacientov z bipolarno motnjo razpoloženja. Raziskava je bila z metodo anketiranja izvedena na proučevanem vzorcu zaposlenih v Psihiatrični bolnišnici Idrija in Psihiatrični bolnišnici Begunje. Z analizo podatkov smo ugotovili, da osebje v zdravstveni negi iz proučevanega vzorca pozna znake bipolarne motnje razpoloženja in ima sposobnosti za prepoznavanje potreb pacientov z bipolarno motnjo in izvajanje negovalnih intervencij. Osebje v zdravstveni negi sodeluje pri celostni obravnavi pacientov z bipolarno motnjo razpoloženja, saj imajo dovolj znanja o bolezni in imajo tudi dovolj sposobnosti, da v procesu zdravstvene nege prepoznajo potrebe pacientov z bipolarno motnjo razpoloženja. Vloga medicinske sestre pri celostni obravnavi je pomembna za doseganje kakovosti zdravljenja. Preko svojih znanj, veščin, etičnosti in strokovnosti mora biti pacientu z bipolarno motnjo v podporo, upoštevati mora njegove misli in želje, predvsem pa pomagati pri izvajanju življenjskih aktivnosti.

**Ključne besede:** bipolarna motnja razpoloženja, duševno obolenje, duševno zdravje, zdravstvena nega, medicinska sestra.

## **ABSTRACT**

Bipolar disorder mood, mental illness, which affects more and more people each year. One of the effective methods of preventing mental illness is a concern for mental health. It also has an important role in the health care personnel, which, with their knowledge and their experience to assist in the process for the treatment of bipolar disorder.

The purpose of the projects is to present a bipolar disorder mood and the role of nurses in comprehensive treatment of the patient with bipolar disorder. On a selected sample of personnel in health care from the two psychiatric hospitals we identify knowledge and ability to identify the signs of bipolar disorder mood, ability to identify needs in health care and the possibilities of cooperation on an integrated treatment of the patients with bipolar disorder mood. The survey was carried out on the examination method of the survey sample of employees in the Psychiatric Hospital of Idrija and Psychiatric Hospital Begunje. With the analysis of the data, we found that the staff in health care from the sample knows the signs of bipolar disorder mood and has the ability to identify the needs of patients with bipolar disorder and implementation of treatment interventions. The staff in health care to participate in the integrated treatment of patients with bipolar disorder mood, since they have enough knowledge about the disease and have sufficient capacity to identify needs in the process of nursing care of patients with bipolar disorder mood. The role of nurses in comprehensive treatment is important for achieving the quality of treatment. Through their expertise, skills and professionalism must be Australian patient with bipolar disorder in the support account must their thoughts and wishes, in particular, to assist in the implementation of activities.

**Key words:** bipolar disorder mood, mental disorder, mental health, nursing, nurse.

## SEZNAM KRATIC

BMR	bipolarna motnja razpoloženja
MS	medicinska sestra
DMS	diplomirana medicinska sestra
ZT	zdravstveni tehnik
MKB	mednarodna statistična klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov
PBI	Psihiatrična bolnišnica Idrija
PBB	Psihiatrična bolnišnica Begunje
TŽA	temeljne življenjske aktivnosti
DSM	diagnostic and statistical manual of mental disordery
ICN	Mednarodni svet medicinskih sester
PZN	proces zdravstvene nege

## 1 UVOD

Bipolarna motnja je motnja razpoloženja, za katero je značilno ponavljanje faz pretiranega dobrega počutja ter faz depresivnih epizod. Gre za faze, ki se lahko ponavljajo v različnih vzorcih. Proces obravnave pacienta z bipolarno motnjo razpoloženja je zahteven in dolgotrajen proces. Zato prepoznavanje bipolarnega pacienta ni enostavna naloga, temveč terja uporabo znanja in dolgoletne izkušnje na tem področju (1). Pri pojavu grozeče manične epizode je hospitalizacija pacienta priporočljiva (2). Podatki navajajo, da za obolenjem bipolarne motnje razpoloženja obolevajo pogostejše ženske kot moški, ženske zbole vajo vsaj 2x pogostejše (2). Pri pojavu depresivne epizode, kjer pacient kaže znake samoobtoževanja in ima fiksno idejo, da je kriv za vse slabe stvari na svetu in je mnenja, da si zasluži kazen, je hospitalizacija priporočljiva (3). Osebe v zdravstveni negi pomagajo pacientom z bipolarno motnjo v različnih fazah, tako v splošnih ambulantah, na terenu, na različnih oddelkih splošnih in specialističnih bolnišnic in seveda najpogostejše na psihiatričnem oddelku, ker imajo veliko neposrednega stika s pacienti, ter lahko odigrajo pomembno vlogo pri odkrivanju simptomov in znakov bipolarne motnje razpoloženja (1). Paciente je potrebno spodbujati k pozitivnemu razmišljanju (4), v proces zdravljenja pa vključiti njihove svojce in družino (5). V diplomski nalogi predstavimo ugotovitve o aktivnostih osebja v zdravstveni negi v procesu celostne obravnave pacienta z bipolarno motnjo razpoloženja. Cilji so predstaviti bipolarno motnjo razpoloženja, znake, simptome in vzroke bipolarne motnje razpoloženja, zdravljenje in zdravstveno nego pacientov z bipolarno motnjo razpoloženja, predstaviti pomen in vlogo osebja v procesu zdravstvene nege ter celostne in timske obravnave pacientov z bipolarno motnjo razpoloženja. V raziskavi smo na proučevanem vzorcu zaposlenih v dveh psihiatričnih bolnišnicah ugotavljali, kakšen je pomen znanja in sposobnosti za prepoznavanje znakov bipolarne motnje razpoloženja.

Postavili smo si tri delovne hipoteze ali ima osebje v zdravstveni negi dovolj strokovnega znanja na področju prepoznavanja simptomov in znakov bipolarne motnje razpoloženja, ali ima osebje v zdravstveni negi dovolj sposobnosti na področju ugotavljanja potreb po zdravstveni negi pri pacientih z bipolarno motnjo razpoloženja ter ali osebje v zdravstveni negi sodeluje pri celostni obravnavi pacientov z bipolarno motnjo razpoloženja.

## 2 TEORETIČNA IZHODIŠČA

### 2.1 Zgodovina bipolarne motnje razpoloženja

V zgodovinskem pregledu tako manične kot depresivne motnje ugotovimo, da sta bili poznani že starim Grkom pred več kot 2000 leti. Hipokrat je opisoval »melahonijo« kot bolezen, za katero je značilno odklanjanje hrane, potrlost, nespečnost, razdražljivost in vznemirjenost. Sam jo je poimenoval v skladu s teorijami o nastanku bolezni, ker je domneval, da je vzrok v tem, da se v možgane razlije črni žolč (6). Skozi mnoga leta in zgodovinska obdobja se je na področju raziskav afektivnih motenj veliko spreminjalo in ugotavljalo. V 2. stoletju je Soranus Efeški »melanholijo« opisal kot dve bolezni z različnima potekoma. Leta 1025 je perzijski zdravnik in psiholog Avicenna v Kanonu opisal bipolarno motnjo kot manično depresivno psihozo. Osnovne znake bipolarne motnje pa je leta 1583 opisal kitajski dramatik Gao Lian v Osmih razpravah o skrbi za življenje. Leta 1817 so v rudniku na Švedskem odkrili litij. Nekaj let za tem (1854) Jules Baillarger pred Kraljevo medicinsko akademijo opiše *folie - double forme* ('dvo-oblično norost'), dvopolarno duševno bolezen, ki pomeni ponavljajoče se izmenjevanje manije in depresije, in s tem postavi temelje današnjemu pojmovanju motnje. Konec 19. stoletja britanski zdravnik Sir Alfred Garrod opiše litij kot zdravilo za protin in za motnje razpoloženja (7). Od srede 19. do začetka 20. stoletja se v evropski psihiatrični literaturi pogosto pojavljajo opisi 'ciklične blaznosti' ali 'manije, povezane z melanholijo', ki naj bi nastala ob prehodu iz otroštva. Leta 1913 dr. Emil Krapelin prvi postavi moderno definicijo manično-depresivne bolezni in jo ločil od shizofrenije. Leta 1930 v Združenih državah prevlada freudovski psihodinamični pristop k duševnosti. Leta 1946 zaradi izjemnega povečanja bolnikov s psihiatričnimi težavami po II. svetovni vojni predsednik Truman ustanovi Nacionalni inštitut za duševno zdravje. (7).

V letu 1949 avstralski psihiater John Cade, poroča o pozitivnih učinkih zdravljenja desetih maničnih pacientov z litijevim karbonatom. L. 1957 nemški psihiater Karl Leonhard prvi predlaga dodatno porazdelitev bipolarne motnje, njegova je tudi delitev na bipolarno (za paciente z manijo) in unipolarno motnjo (za paciente, ki doživljajo samo depresivno epizodo) (7).

Vrhovnik (7) navaja, da se l. 1960 pojavi teorija, kako mnogo odraslih bipolarnih pacientov ugotavlja, da so zboleli že v adolescenci, a uradna psihiatrija vztraja, naj za diagnosticiranje manične depresije tudi pri otrocih veljajo odrasla merila. Zato mlade paciente rutinsko diagnosticirajo kot 'shizofrene', dokler se ne izkaže drugače.

Leta 1970 Ameriško združenje za hrano in zdravila odobri litij kot sredstvo za zdravljenje manije. 1970. leta zdravniki na Švedskem in v združenih državah začnejo poročati o dobrih odzivih na zdravljenje z litijem tudi pri petletnih otrocih. Leta 1973 pri zdravljenju bipolarnе motnje prvič uporabijo zdravila proti krčem.

Leta 1975 konferenca o depresiji v otroštvu, ki jo organizira ameriški Nacionalni inštitut za duševno zdravje, l. 1979 je ustanovljeno Nacionalno združenje duševnih bolnikov. Leta 1980 v diagnostičnem in statističnem priročniku Združenja ameriških psihiatrov pojem manično - depresivna motnja zamenja diagnostični termin bipolarna motnja. 1980. leta kljub temu, da vse več raziskovalcev opisuje razlike med 'odraslo' in bipolarno motnjo, ki se pojavi že v otroštvu, večina psihiatrov vztraja v prepričanju, da pred pubertetni otroci za bipolarno motnjo ne morejo zboleti. 1986. leta je v ZDA ustanovljeno Nacionalno združenje za depresijo in manično depresijo. 1992 Tomie Burke ustanovi spletno podporno skupino. 1994 so sprejete tudi motnje razpoloženja pri otrocih. Leta 2005 so objavljene Smernice zdravljenja otrok in mladostnikov z bipolarno motnjo (7).

### **3 BIPOLARNA MOTNJA RAZPOLOŽENJA**

Bipolarna motnja razpoloženja je nihanje razpoloženja, ki lahko postane zelo moteče. Izrazita veselost in zavzetost ali prehuda pobitost in apatičnost v daljšem časovnem nizu prizadeneta približno odstotek ljudi (7).

#### **3.1 Opredelitev bipolarne motnje razpoloženja**

Bipolarna motnja razpoloženja je nihanje razpoloženja, ki lahko postane zelo moteče. Izrazita veselost in zavzetost ali prehuda pobitost in apatičnost v daljšem časovnem nizu prizadeneta približno odstotek ljudi (7). Za bipolarno motnjo razpoloženja je značilno ponavljanje faz pretirano dobrega počutja in obdobja depresivnega razpoloženja. Faze se lahko pojavljajo v različnih vzorcih, lahko se pojavijo kot več zaporednih faz depresije in nato manična faza ali pa se pojavijo kot dve fazi manije, ki ji sledi faza depresije (1).

Bipolarna motnja se pojavlja pri 1,3 - 3,3% splošne populacije in je približno enako pogosta pri moških in ženskah (8).

Za bipolarno motnjo je značilno, da v povprečju traja dva tedna, lahko pa se zgodi tudi, da se simptomi izmenjujejo od dneva do dneva lahko celo iz ure v uro (6). Svetovna zdravstvena organizacija ocenjuje, da je na svetu več kot 100 milijonov ljudi obolelih z depresijo (6). Potek bolezni je odvisen od vsakega posameznika posebej, potrebno je poudariti, da je obdobja manije v povprečju manj kot depresivnih, ta obdobja so precej krajša, v povprečju trajajo 6 tednov, medtem ko obdobja depresije lahko trajajo povprečno 12 tednov (7). Značilno za bipolarno motnjo je, da se prava diagnoza postavi precej pozno. Poznani so tudi primeri, ko so diagnozo postavili šele po 12. letih od pojava pretiranega nihanja razpoloženja. Običajen čas do prave diagnoze je 5 let (9).

Manična epizoda je prva in edina afektivna epizoda sploh v pacientovem življenju. Zelo redko se zgodi, da bi pri tej edini epizodi ostalo. Navadno se začnejo prej ali slej pojavljati tudi depresivne in manične epizode ali pa samo manične epizode, torej se bo razvila bipolarna motnja. Za depresivno epizodo, ki naj bi ostala kot edina faza v pacientovem življenju, se odstotek giblje od 25- 30% (6).

Običajno se motnja ponavlja ali pa bo v nadaljnji fazi prišlo do vsaj ene manične epizode in pacient bo oboleva za bipolarno motnjo (6).

Pri bipolarni motnji je izredno pomembno najti raven udobja, potrebno je znati opredeliti počutje in občutke, v katerih se nahajamo, ko začnemo čutiti spremembe, le na tak način lahko lažje prebrodimo skozi posamezno fazo (10).

**Tabela 1: Glavne motnje razpoloženja (11)**

<b>MKB 10</b>	<b>DSM IV</b>
<b>depresivna epizoda</b>	<b>velika depresivna motnja</b>
<b>ponavljajoča se depresivna epizoda</b>	<b>bipolarna motnja 1</b>
<b>manična epizoda</b>	<b>bipolarna motnja 2</b>
<b>bipolarna motnja</b>	<b>dodatna opredelitev po izraženosti in poteku:</b>
<b>distimija</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• atipična, s hitrimi obrati,</li> </ul>
<b>ciklotimija</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• katatona,</li> </ul>
<b>ostale motnje razpoloženja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• poporodna,</li> <li>• remisija,</li> <li>• sezonska</li> </ul>



Tabela 1 prikazuje glavne motnje razpoloženja, ki so v MKB 10 razporejene po vrstnem redu. Prva po vrsti je depresivna epizoda ( F32), sledi ji ponavljajoča se depresivna epizoda (F33), manična epizoda (F30), distimija (F34. 1), ciklotimija (F34. 0), ter ostale motnje razpoloženja (F38) (6, 11).

### 3.2 Znaki in simptomi bipolarne motnje

Že dobro je znano, da se pri bipolarni motnji med sabo povezujeta depresija in manija. Kadar se ti simptomi med seboj pomešajo, govorimo o mešani sliki (6).

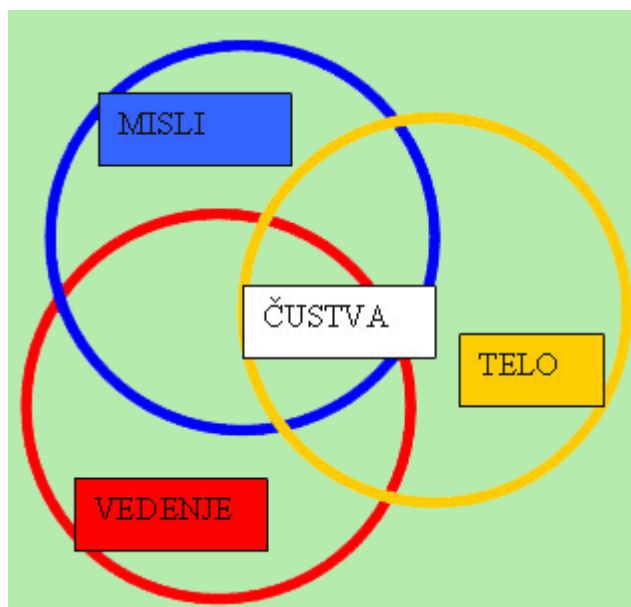
Depresija je zelo zapletena motnja, ki se lahko kaže z različnimi spremembami duševnih in telesnih funkcij, globoko pa lahko posega tudi v posameznikov svet njegovih socialnih odnosov. Tipičen depresiven pacient je sicer res obupan, žalosten, veliko pa je tudi takih, pri katerih je afektivni del prikrit, kar je zelo težko prepoznati, tudi strokovnjaku na tem področju. Simptomi se lahko kažejo različno intenzivno, v različnih kombinacijah (6).

Začetek depresije je redkeje nenaden, pogosto se razvija počasi, skozi obdobja. Lahko se prične čisto spontano, lahko pa tudi zelo objektivno. Tipično depresivno simptomatiko opazujemo pri mnogih duševnih motnjah (6).

**Simptome in znake depresije** (slika 1) si lahko najlažje predstavljamo, če jih razdelimo v štiri skupine(9, 12):

- **Čustva:** žalost, potrtost, nemoč, tesnoba, napetost.
- **Telo:** utrujenost, mravinčenje, bolečine.
- **Vedenje:** slaba skrb zase, jok, poležavanje, umik v samoto, opuščanje aktivnosti, nespečnost, pretirano spanje.
- **Vsebina misli:** sem nevreden, mislim na smrt, ni mi pomoči, sem slab, nima smisla, ni prihodnosti. Miselni tok je upočasnen, spoznavne funkcije slabše, tukaj gre predvsem za pozabljivost in slabo pozornost .

**Diagnoza depresivne epizode** se postavi, kadar pet ali več teh simptomov traja večino dneva, skoraj vsak dan v obdobju dveh tednov ali dlje (9).



**Slika 1: Simptomi in znaki bipolarne motnje razpoloženja (12)**

Drugi pol afektivnih motenj je vsebinsko zelo drugačen, od depresije je manija, poglavitne lastnosti pri posamezniku z manijo so pretirana evforija, čustvovanje, velika živahnost mišljenja, motorična razvrtost, miselna vrvežavost. V polno razviti manični epizodi je lahko razpoloženje močno veselo, privzdignjeno, po drugi strani jezavo in celo razdražljivo, sploh takrat, ko naleti na osebe, ki želijo to ustaviti. Taka manija se imenuje tudi jezava manija. V tej maniji pacient precenjuje samega sebe in svoje sposobnosti, kar lahko privede do veličinskih blodenj. Čuti tudi neustavljivo potrebo po govorjenju. Do delirantne manije pride, kadar govorica popolnoma postane nepovezana, nerazumljiva. Sicer pa je pacient lahko iskriv, poln šal, domislic, besednih iger, lahko prepeva, se kričeče naliči, nakupuje, ponočuje, piše literarna dela itd. Povprečna starost za prvo manično epizodo je v zgodnjih dvajsetih letih, vendar pa se lahko razvije kadarkoli v življenju. Začetek je običajno hiter, do polne klinične slike pride v nekaj dneh. Zelo redke so manije, ki trajajo eno leto. V mnogih primerih (50%- 60%) ima pacient neposredno pred ali po epizodi manije še epizodo depresije (6).

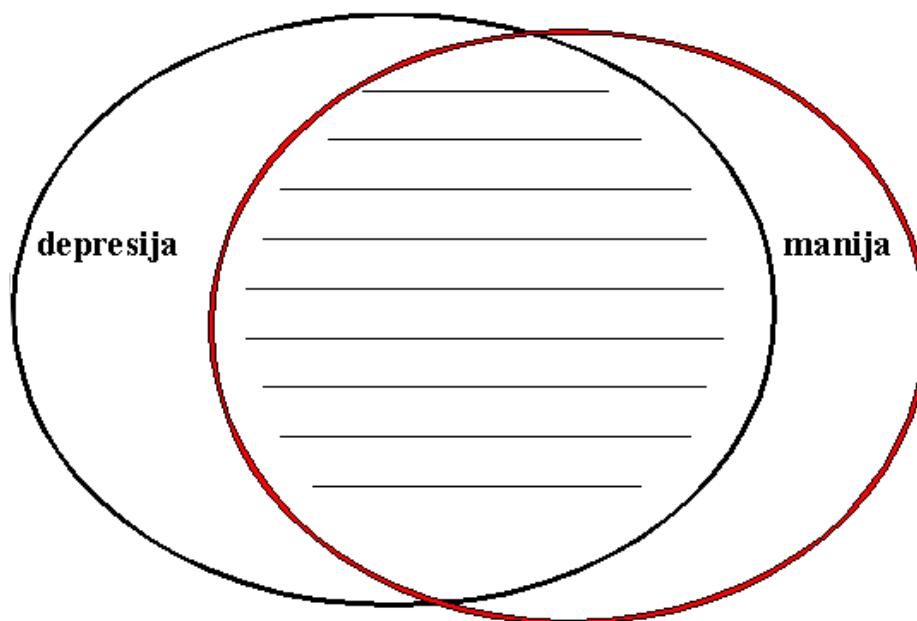
**Simptome in znake manije** si lahko najlažje predstavljamo, če jih razdelimo v štiri skupine(9):

- **Telo:** zmanjšana občutljivost za bolečino, pomanjkanje občutka za utrujenost.
- **Čustva:** tesnoba, razdražljivost, nečakanost, občutek moči, bolezenska veselost.
- **Vedenje:** nespečnost, pomanjkanje počitka, opuščanje aktivnosti, povečano druženje z ljudmi, nenehno v gibanju, izvajanje misli in načrtov.
- **Vsebina misli:** veliko zamisli, načrtov, ideje o večvrednosti, povečana samozavest, možne nepremišljene odločitve. Miselni tok je pospešen, spoznavne funkcije oslabiljene in sicer slaba pozornost, ter pozabljivost .

**Diagnoza manične epizode** se postavi, kadar se tako razpoloženje kaže s tremi ali več simptomi teden dni ali dlje, skoraj vsak dan in večino dneva. Če pa je razpoloženje razdražljivo, morajo biti prisotni štirje simptomi (9).

### **Simptomi in znaki mešane epizode**

Pri mešani sliki(slika 2) gre za stanje, ko so hkrati prisotni simptomi manije in depresije, posameznik pa je zaradi tega precej negotov. Značilno za mešano sliko je, da se med seboj prepletajo tako simptomi manije (pospešene misli, siljenje h govoru, jeza, grandioznost in povečana energija, pogosta je tesnoba) kot simptomi depresije (brezup, občutki ničvrednosti, obupnost, razmišljanje o smrti in samomoru) (8, 13).



**Slika 2: Mešana slika bipolarne motnje razpoloženja (13)**

Potrebno je poudariti, da so bipolarni motnji pogosto pridruženi še drugi simptomi in sicer zloraba alkohola, pomirjeval, prekomerno kajenje tobaka, obsesije, ter socialna fobija (8). Najpogosteje jo vidimo kot bolezensko potrnost, pospešeno govorico, pacient ima polno novih zamisli, idej in načrtov (9).

### **3.3 Vzroki nastanka bipolarne motnje**

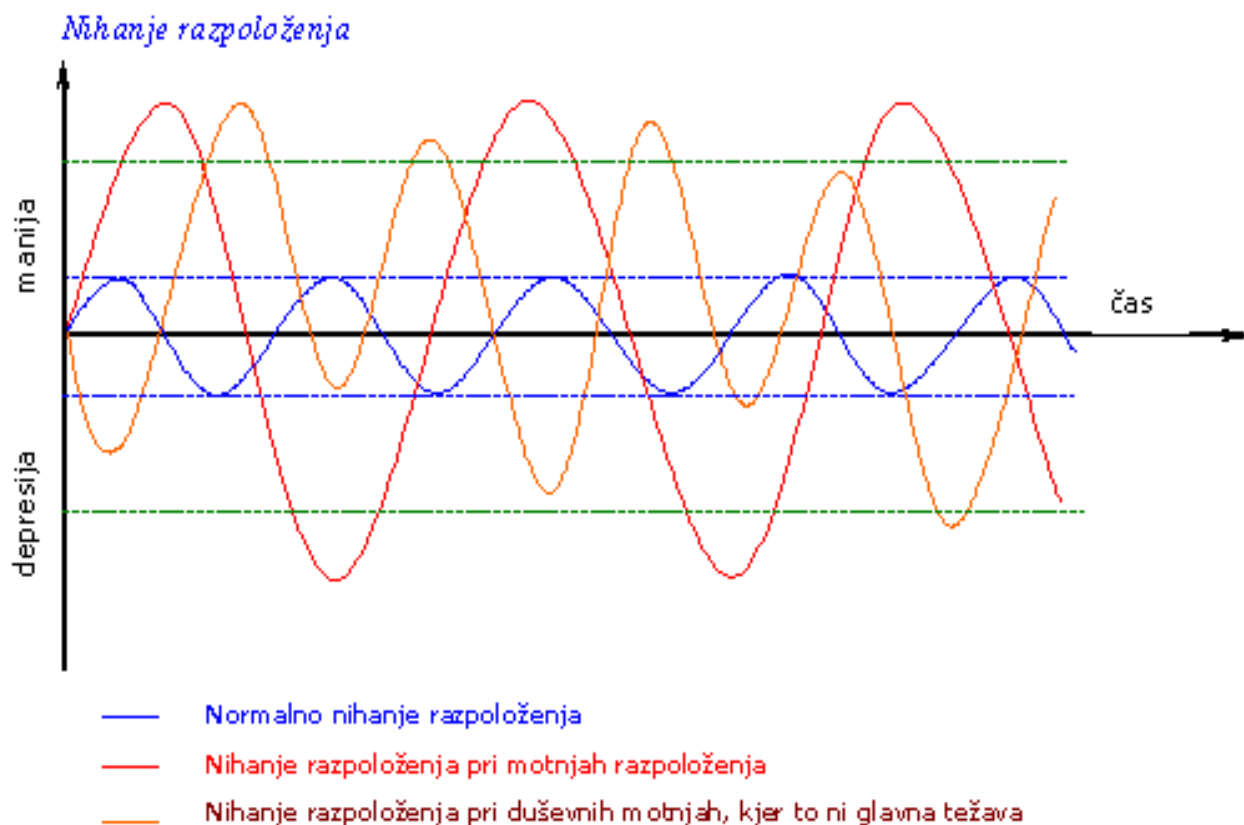
Bipolarna motnja naj bi bila dedna, vendar je potrebno poudariti, da se ne pokaže pri vseh, ki so nosilci genov. Vzroke lahko pogosto iščemo v mnogih drugih dejavnikih. Eden izmed dejavnikov je lahko dednost, pri potomcih oziroma najbližjih sorodnikih so našli bipolarno in ponavljajočo se depresivno motnjo pri 4%- 24% (6).

Poleg dednosti velik vzrok prepisujemo tudi psihološkim dejavnikom, le-ti temeljijo na predpostavkah, da dispozicija za bolezenske afektivne reakcije nastane v teku življenja, posebno v času zgodnjega razvoja. Pomemben psihološki dejavnik je stres oz. stresni življenjski dogodki, kot so zakonska nesoglasja, ločitve, smrt, bolezen, itd.(6).

Kronični stres lahko vključuje trajne težave kot so težave v medosebnih odnosih, težave na delovnem mestu in z zaposlitvijo, trajno ogrožajoče situacije. Stresne situacije lahko povezujemo v zvezi z depresijo. Pomembno je predvsem to, da imajo stresni dogodki sprožilen vpliv na pojavljanje depresije, morda tudi manije pri osebah, ki imajo za to določeno predispozicijo, ki so ranljivi zaradi že opisanih biokemičnih primanjkljajev. Te osebe se lahko odzovejo burneje in globlje tudi na manj pomembne obremenitve ali pa teh pri njih sploh ne najdemo. Nasprotno pa ljudje, pri katerih te ranljivosti ni, tudi na zelo hude strese iz okolja ne reagirajo s hujšo, oziroma klinično depresivno simptomatiko (6).

Poleg biološke teorije in psiholoških dejavnikov, moramo posebno pozornost nameniti vzroku nastanka tudi sociokulturnim dejavnikom. Vendar ti dejavniki niso dobro poznani in še ni dodobra raziskano, kako se vpletajo v etiologijo afektivnih motenj. Depresija se pogosteje navaja v verskih ali drugih okoljih, skupnostih, kjer razvijajo, gojijo občutke skupnosti, krivde, dolžnosti, skratka tam, kjer se posameznik počuti soodgovornega za vse, kar se dogaja okoli njega (6).

Povečan stres, zloraba prepovedanih drog, ki jim je izpostavljen posameznik pred prvim opaznim nihanjem razpoloženja, so navadno sprožilni dejavniki, ki odkrijejo prirojeno nagnjenost za razvoj motnje. Nezdrav način življenja bistveno vpliva na izid zdravljenja (9).



**Slika 3: Značilnosti bipolarne motnje razpoloženja (14)**

Nihanje med modro krivuljo ponazarja (slika 3) običajno spreminjanje razpoloženja. To nihanje je značajska poteza posameznika, odvisno pa je tudi od zunanjih okoliščin (ob veselih dogodkih smo veseli, ob žalostnih žalostni) (7, 14). Nihanje med zelenimi črticami, včasih pa tudi preko zelenih črtic (oranžna krivulja) prikazuje večja nihanja razpoloženja pri drugih duševnih motnjah, kjer pa to ni osnovna težava (npr. hiperaktivnost z motnjo pozornosti). Nihanje razpoloženja, ki daleč presega zelene črtice in sega od depresije do manije, je značilnost BMR. Zelena črta ponazarja mejo, ko ima oseba zaradi nihanja razpoloženja težave v vsakodnevnem življenju (npr. ne more opravljati dela, ker je depresivna ali nezbrana zaradi pretirane veselosti - hipomanije ali manije) (7, 14).

## **4 ZDRAVLJENJE BIPOLARNE MOTNJE RAZPOLOŽENJA**

Diagnoza je izredno pomembna za uspešno in kakovostno zdravljenje obolelih za bipolarno motnjo, bodisi za katerokoli drugo motnjo razpoloženja. Velikokrat se zgodi, da se diagnoza postavi relativno zelo pozno, in sicer iz enega samega razloga, saj se osebe po pomoč zatečejo zelo pozno (9).

### **4.1 Diagnostika bipolarne motnje razpoloženja**

Diagnoza je izredno pomembna za uspešno in kakovostno zdravljenje obolelih za bipolarno motnjo, bodisi za katerokoli drugo motnjo razpoloženja. Velikokrat se zgodi, da se diagnoza postavi relativno zelo pozno, in sicer iz enega samega razloga, saj se osebe po pomoč zatečejo zelo pozno (9).

Sam vrh pojavljanja bipolarne motnje je v pozni adolescenci in v zgodnji odrasli dobi. Prepozno oz. zakasnjeno zdravljenje lahko prinese mnogo negativnih posledic za posameznika. Pogosto osebe z bipolarno motnjo na socialni lestvici doživijo hud padec, se soočajo z mnogimi težavami, kot zanimivost se manj poročajo in kar dvakrat več ločujejo. 30 do 60%, pri katerih zdravljenje nastopi, vendar pozno po začetku motnje, ne dosega več popolnega socialnega statusa, funkcioniranja. Eden izmed najmočnejših razlogov za ugotavljanje bipolarne motnje je ravno preprečevanje samomorilnosti, tretjina jih poskuša narediti samomor, dejansko pa jim to uspe v povprečju od 10 do 15%. Pogosta napaka, ki pride v postavitvi diagnostike, je menjava bipolarne depresije s unipolarno. Postavitev dobre in prave diagnoze je ključ do uspešnega zdravljenja, diagnostika se začne s presejalnimi testi. Če so pozitivni, nadaljujemo z vprašalniki, potrebna je smiselna razlaga, opis simptomov in znakov pacientu in svojcem (15).

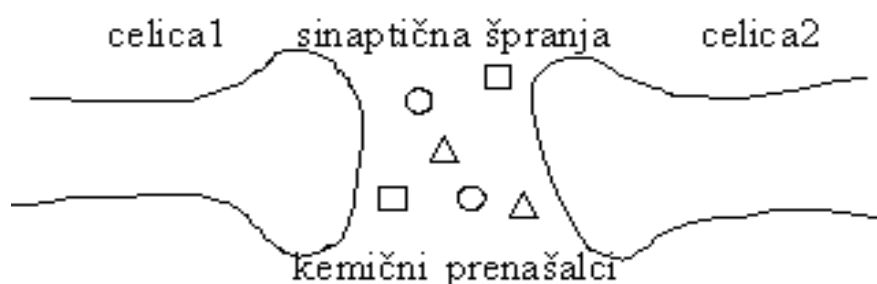
V diagnostiki bipolarne motnje razpoloženja je potrebno upoštevati tri vidike in sicer vidik trenutnega stanja, vse pretekle epizode, ter pridružene motnje, bodisi telesne kot tudi duševne (15).

## 4.2 Vrste in načini zdravljenja

Da bi lažje razumeli sam postopek zdravljenja moramo vedeti za pomen in delovanje kemičnih prenašalcev. V možganih (slika 4) se nahaja na milijone živčnih celic, ki med seboj komunicirajo preko posebnih stikov med celicami.

V sinaptičnih špranjah se nahajajo različni kemični prenašalci, ki jih izločajo živčne celice in se vežejo na membrano živčnih celic na posebna receptorska mesta.

Najpomembnejši prenašalci v možganih so: dopamin, serotonin in noradrenalin. Biološka osnova bipolarne motnje je v nestabilnosti dopaminskega sistema, zaradi česar se porušita serotoniniski in noradrenalinski sistem, ki delujeta premalo. Posledica so simptomi (zlasti tesnoba, depresija, razdražljivost) in nihanje razpoloženja (9, 16).



Slika 4: Delovanje kemičnih prenašalcev (16)



Ko razumemo delovanje kemičnih prenašalcev, moramo doumeti tudi to, da je zdravljenje bipolarne motnje kompleksno in zahtevno, odvisno od vsakega posameznika posebej. V prvi vrsti je potrebno od pacienta pridobiti zaupanje, željo po sodelovanju, ter njegovo privolitev k zdravljenju(9). Optimalni postopek zdravljenja je sestavljen iz kombinacij psihofarmakoterapevtskih, psihoterapevtskih in socioterapevtskih prizadevanj.

Pomembno vprašanje je, kolikšen naj bi bil delež vsake od navedenih terapij pri posameznem pacientu. Pri lažjih oblikah bo mogoče zadostovala že psihoterapija, pri težjih pa so potrebna tudi zdravila (6).

Osnova zdravljenja so psihofarmakološke skupine zdravil, mednje sodijo(9):

- **Stabilizatorji razpoloženja:** uravnavajo razpoloženje, preprečujejo prepogosta nihanja in epizode manije, depresije ali mešanega stanja, delujejo tudi protidepresivno in protimanično. Strokovno gledano delujejo zaščitno na možganske celice in jih stabilizirajo.
- **Antipsihotiki:** najpogosteje se jih uporablja pri mešani ali manični epizodi. Imajo hiter učinek pomirjevanja.
- **Antidepresivi:** zvišujejo koncentracijo nekaterih živčnih prenašalcev v možganih, s tem pa povečujejo aktivnost določenih predelov možganov. Učinkujejo z zamudo šele po 3- 6 tednih jemanja.
- **Pomirjevala in uspavala:** pogosto uporabljena kot dodatna zdravila za umiritev in uspavanje v akutni fazi zdravljenja. Njihova nepravilna raba vodi v odvisnost, zato jih smemo uporabljati le krajši čas.

Poleg različnih organskih terapij med zdravljenje sodi tudi **psihoterapija**. Le-ta deluje na vegetativne, voljno nagonске in intenzivne čustvene simptome. Odpravlja občutke brezupa, neprimernosti, pri interesih in pri socialni prilagoditvi in izboljššanem komuniciranju. Povečuje odpornost na stresne situacije, prilagajanje na potek bolezni, ter pomaga posamezniku, da se na bolezensko stanje pripravi in z njim sprijazni. Psihoterapija je potrebna v času remisije, predvsem pri obvladovanju stresnih okoliščin, ki bi bolezen utegnile sprožiti ali poslabšati (6).

Pri psihoterapiji je potrebno omeniti tudi svojce, ki se morajo skupaj z obolelim poučiti o naravi bipolarne motnje razpoloženja, biti pomemben dejavnik pri zdravljenju ter podpora obolelemu (5). Kot tretja zelo pomembna oblika je tudi **socioterapija** motenj razpoloženja, mednje sodi muzikoterapija, biblioterapija, okupacijska in rekreativna terapija. Njihov cilj je prekiniti pacientovo socialno izolacijo in ga spodbujati h komunikaciji.

Z vsemi dejavnostmi, ki jih socioterapija omogoča, zadovoljuje pacientovo čustveno privzdignjenost in pretirano željo po komunikativnosti (6).

Izid zdravljenja bipolarne motnje je lahko povezan z različnimi težavami. Potrebno se je zavedati, da nezdravljenje bolezni prinese mnogo socialnih težav, mednje lahko sodijo ločitve, nezaključena šolanja, menjave ali izguba službe, zloraba in odvisnost od prepovedanih substanc, mnoge telesne, zdravstvene in duševne motnje. V povprečju je življenje krajše za 12 let v primerjavi z ostalo populacijo. Zdravljenje, ki je uspešno, omogoča uspešno in kvalitetno življenje posameznika. Na izid zdravljenja predvsem vpliva volja obolelega, sodelovanje njegovih svojcev, podpora in mnoga prizadevanja za ozdravitev (9).

## **5 ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTA Z BIPOLARNO MOTNJO RAZPOLOŽENJA**

Zdravstvena nega je celovita dejavnost, ki se ukvarja s posameznikovo družino in družbeno skupnostjo v njihovih funkcijah v času bolezni in zdravja (17).

Definicija zdravstvene nege kot jo opredeljuje Mednarodni svet medicinskih sester (ICN) je:

«Zdravstvena nega vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni ter skrb za bolne, invalidne in umirajoče ljudi. Glavne naloge zdravstvene nege so tudi zagovorništvo, promoviranje varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter managementa zdravstvenih sistemov in izobraževanja» (18).

### **5.1 Preventiva in zdravstvena vzgoja pacienta z bipolarno motnjo razpoloženja**

V 12. cilju programa Svetovne zdravstvene organizacije "Zdravje za vse do leta 2000", je bilo zapisano, da bi do leta 2000 morali doseči trajno in nenehno gibanje na področju pojavnosti duševnih motenj, izboljšanja kvalitete življenja ljudi s tovrstnimi težavami in doseči zmanjševanje samomorilnosti. Kljub enemu izmed največjih gibanj v zgodovini javnega zdravja, pa žal teh ciljev nismo dosegli. Duševne bolezni so bile v porastu in še naraščajo. Do leta 2020 naj bi bila depresija eden izmed glavnih javno zdravstvenih problemov (19).

Ravno tako, kot imajo ostala področja preventivne ravni, obstajajo le te ravni tudi v psihiatriji. Preventiva je sestavljena iz treh ravni in sicer iz primarne, sekundarne in terciarne ravni. Primarna raven je usmerjena k preprečevanju bolezni, pojavnosti komplikacij in incidentov. V tej fazi je potrebno vključiti celotno zdravstveno politiko, ki mora s svojimi nacionalnimi programi poskrbeti, za različne učinkovite programe, s katerimi bo področje preventive učinkovitejše, ter zagotoviti kontinuirano preventivno delo na tem področju (20).

Namen sekundarne ravni je zmanjševanje prevalence, krajšanje trajanja bolezni. Bolnišnično zdravljenje omogoča kratek, vendar ključni del sekundarne in terciarne preventive pri osebah, ki imajo resne duševne težave (20). Sekundarna in terciarna raven sta bistvo za uspešno zdravljenje, preprečevanje komplikacij, poslabšanj, skrbijo za dvig kakovosti življenja. Veliko vlogo, dejavnost in storitve lahko prevzamejo tudi nevladne organizacije, ki s svojimi programi skrbijo za ozaveščanje ljudi.

Republika Slovenija posebno skrb namenja duševnemu zdravju z spodbujanjem razvoja programov za osveščanje javnosti glede preprečevanja, razpoznavanja in zdravljenja duše (21).

Razvojni cilji in potrebe na področju preventive, psihiatričnega zdravljenja, celovite socialno varstvene obravnave, nadzorovane obravnave in obravnave v skupnosti se opredelijo z nacionalnim programom varovanja duševnega zdravja za obdobje najmanj petih let

Nacionalni program varovanja duševnega zdravja vsebuje(21):

- strategijo razvoja varovanja duševnega zdravja,
- akcijski načrt za varovanje duševnega zdravja,
- cilje, organizacijo, razvoj in naloge izvajalcev,
- mrežo izvajalcev programov in storitev za duševno zdravje,
- nosilce nalog za uresničevanje nacionalnega programa.

Zaskrbljujoči so podatki (20), ki so jih opravili na zavodu za zdravstveno varstvo Celje, ki je eden izmed devetih regionalnih zavodov na področju javnega zdravja v Sloveniji. Njegovo osnovno poslanstvo je preučevanje zdravstvenega stanja, problemov in potreb populacije ter njenih posameznih skupin. V svoji raziskavi, ki so jo opravili leta 2000, so se oprli na nekatere podatke iz rednih zdravstvenih statistik in nekaterih raziskav. Ugotovili so, da je obremenitev z duševnimi motnjami velika. Največ, zaradi samomora umrlih moških, je bilo starih med 45 do 49 let, žensk med 55 in 64 let. Med mladimi od 15 do 19 let jih je nad življenjem obupalo 45 (20).

Pri pregledu baze podatkov zunaj bolnišnic in bolnišnične statistike so ugotovili, da so pri pregledih v osnovnem zdravstvu med najpogostejše zabeleženimi duševnimi motnjami zabeležene druge anksiozne motnje, depresivna epizoda, sledijo druge nevrotske motnje ter reakcije na hud stres in prilagoditvene motnje (19).

## **5.2 Vloga negovalnega tima v procesu zdravstvene nege pacienta z bipolarno motnjo razpoloženja**

Proces zdravljenja pri obolelemu z bipolarno motnjo s sabo prinaša mnogo vprašanj, ki se pojavijo ob samem začetku procesa. Kako bo zdravljenje potekalo, je v prvi vrsti odvisno od vsakega posameznika, od njegove volje, podpore svojcev, okolice. Kakovost obravnave pa je tista, ki bo poskrbela kako bo po koncu zdravljenja posameznik živel. Zdravljenje je kompleksno in dolgotrajno, sestavljeno iz različnih metod, ki se lahko med seboj prepletajo in povezujejo. Kombinacija farmakoloških, socialnih in psiholoških pristopov v procesu obravnave zmanjšuje pogostost pojavljanja bolezni, skrajšuje čas hospitalizacije in omogoča kvalitetnejše življenje. Da bi lahko vse te pozitivne dejavnike zagotovili, moramo zagotoviti ustrezen, strokovno izobražen tim, ki s svojim znanjem in izkušnjami sodeluje v procesu obravnave, zdravljenja (22).

Mrežo izvajalcev, ki izvajajo programe in storitve za duševno zdravje (v okviru javne službe), sestavljajo(21):

- izvajalci psihiatričnega zdravljenja,
- izvajalci socialno varstvenih programov in storitev,
- izvajalci nadzorovane obravnave,
- izvajalci obravnave v skupnosti.

Če opredelimo posamezne stroke, mednje sodijo(21):

- zdravnik psihiater
- psihiatrična medicinska sestra in tehnik zdravstvene nege
- delovni terapevt
- psiholog
- psihoterapevti
- muzikoterapevti
- kineziterapevti
- pedagogi, likovni terapevti.

## **6 PROCES ZDRAVSTVENE NEGE PACIENTOV Z BIPOLARNO MOTNJO RAZPOLOŽENJA**

Kadar želimo v procesu oskrbe in nege pacienta uspešno izvajati vse načrte in aktivnosti, moramo dobro poznati lastnosti maničnega pacienta. Poznati moramo njegovo patološko privzdignjeno razpoloženje, povečano aktivnost in neprestano menjanje misli ali mnenj. Pacient aktivnosti izvaja površno. Zgodi se tudi, da jih opusti. Zaradi tega ogroža svoje zdravje in celo življenje (1).

### **6.1 Naloge medicinske sestre pri zdravstveni negi pacienta v manični fazi bipolarne motnje**

Najprej mora imeti MS dovolj znanja, usposobljenosti in kompetentnosti

Ena izmed nalog medicinske sestre v psihiatrični zdravstveni negi je ugotavljanje telesne, duševne in socialne potrebe po zdravstveni negi za pacienta z depresijo in manijo. Medicinska sestra pridobi podatke z zbiranjem informacij tako, da se pogovori s pacientom, z njegovimi svojci ali drugimi osebami, ki so zanj pomembne ter z natančnim in skrbnim opazovanjem (23).

Ugotavljanje potreb po zdravstveni negi je bistvenega pomena za nadaljnje pacientovo zdravljenje. Začne se z zbiranjem podatkov o pacientu. Do teh podatkov pridemo z osebnimi stiki, z opazovanjem, s komunikacijo, z analizo in interpretacijo.

V naslednji stopnji je pacient vključen v sistem zdravstvene nege. Zelo pomembno je, da MS poskrbi za vse potrebne informacije o težavah pacienta, o trenutnih zdravstvenih in socialnih razmerah in njegovih problemih (24).

### **Vloga medicinske sestre(25):**

- spremlja motnjo razpoloženja in nevarnosti za nastanek poškodb,
- vzpostavi sodelovanje s pacientom kot enakopravni partner,
- vključi, kadarkoli je možno, družino in prijatelje,
- vzdržuje profesionalno mejo,
- poskrbi za podrobno informiranost na jasen način in z občutljivim pristopom.
- se zna vživeti v pacientovo doživljanje, mu zna pokazati svoje razumevanje za njegove težave. Pacientu pokaže svojo skrb zanj in spodbuja terapevtsko sodelovanje, omogoča delitev svojih izkušenj z drugimi pacienti, zmanjšuje predsodke in negativne predpostavke.

### **Empatija vključuje(25):**

- razumevanje pacientovega doživljanja in njegovih izkušenj,
- sprejemanje njegove samopodobe,
- razumevanje in ocena njegove lastne izkušnje,
- znati preučiti, o čem pacient govori in zaznati njegove občutke ter čustva, ki jih ima,
- da zna MS pacientu sporočati, da ga razume, da je zmožen potrditi ali spremeniti svoje poglede,
- da zna MS izraziti svoje občutke, ki jih ima z izkušnjo z drugo osebo,
- sporočanje svojega občutenja ob izkušnji druge osebe.

Medinska sestra razvija in vzdržuje **terapevtske povezave**. Lazarou in ostali navajajo(26), da je cilj MS, da nakazuje načine, s katerimi zagotovi primerno oskrbo pacienta. V Veliki Britaniji in na Cipru imajo naziv okrožna sestra in v ZDA sestra v domači oskrbi (na domu).

V mentalni oskrbi pacienta si MS prizadeva podpirati vlogo pri pregledu in ob obravnavi depresije, da bi pokrili različne populacije, ki obolevajo za depresijo. Depresivna epizoda pri BMR je razvrščena kot tretji vzrok za umrljivost na svetu. Letno je ocenjena (po SZO ) kot 12-15% vzrok za telesno nesposobnost (26).



Raziskava navaja (27), da imajo MS v mentalni negi pacientov v domovih za oskrbovance (ZDA) več razumevanja za duševne zdravstvene storitve. In obenem več spoštovanja za mentalno zdravje in upoštevanja tistih, ki nudijo storitve v mentalni zdravstveni oskrbi.

Pristop k zdravstveni negi naj bo dokumentiran. Ravno tako naj bodo dokumentirane intervencije v zdravstveni negi in nadaljnji načrti. Tako bodo vsi, ki so vključeni v proces zdravstvene nege, seznanjeni z intervencijami, delo pa bo učinkovito. Negovalni tim (MS, ZT, DMS) vzpostavi odgovoren in spoštljiv odnos s pacientom, tako se stopnjuje medsebojno zaupanje (27).

Pri **terapevtski komunikaciji** so bistveni nasveti in terapevtski cilji. Lahko jih dosežemo v terapevtski komunikaciji, skupaj s procesi v mentalni zdravstveni negi, v sodelovanju s svetovalci in terapevti, da bi razvili sodelujoč delovni odnos s pacientom. Namen je ugotoviti probleme, pojasniti in razložiti pomen razumevanja teh problemov. S terapevtsko komunikacijo spremljamo pacienta pri razvoju strategij za spreminjanje njegovega razmišljanja, njegove komunikacije in občutkov, kar vse pripomore k boljšemu počutju in sposobnostim (28).

**Psihosocialna obravnava** pripomore k razumevanju in reševanju konfliktov. Skrb za pacienta v medsebojnih skupnostih in družbi igra pomembno vlogo v odnosih. Z delom v skupnosti je razumevanje pacienta boljše in lažje rešujemo konflikte. Razvijejo se medsebojni odnosi, ki pacientu pomagajo pri razumevanju človeških stikov. Pacient se nauči nadzirati in pokazati svoje občutke. Sodelovanje v skupnosti pacientu omogoči izražanje njegovih težav in s pogovorom preprečimo občutek osamljenosti (28).

- **Dihanje in krvni obtok** sta motena zaradi intenzitete gibanja, aktivnosti, neprimerne oblačitve, zlorabe psihosomatskih substanc, neprimerne prehrane in nespečnosti, zaradi vnetnih in drugih spremljajočih obolenj (23). Potrebna je dnevna kontrola frekvence dihanja, srčne funkcije in krvnega pritiska ob mirovanju in ob aktivnosti. Vse pridobljene vrednosti koristijo predvsem takrat, kadar se pacientovo zdravstveno stanje poslabša. Pacientu svetujemo počitek, in zaposlitev z umirjenim delom. Nudimo mu tudi pomoč pri nekonfliktni komunikaciji (1).

- **Izločanje in odvajanje:** Pregelj in Kobentar (1) navajata, da je izločanje manj pogosto, izločenega urina prav tako zelo malo, vzrok vsega tega ni okvara ledvic, temveč prenizek vnos tekočin. Urin je gost, neprijetnega vonja, velikokrat se zgodi, da pacienti sami teh težav ne zaznajo. Pri ženskah se lahko pojavi tudi inkontinenca urina, zato je zelo pomembno zagotoviti ustrezno bilanco tekočin, paciente spodbujamo k pitju tekočine, dnevno naj bi popili od 2000-2500 ml tekočine. Defekacija blata je običajno nemotena, potrebno je zagotoviti ustrezno zdravo prehrano, redne obroke, ter opazovati možnost nastanka zaprtja, ob odstopanjih obvestimo zdravnika.
- **Vzdrževanje normalne telesne temperature:** lahko je moteno ob primerih prekomernega oblačenja, pri preveliki aktivnosti, pri daljšem izpostavljanju sončnim žarkom, pri zmanjšanem vnosu tekočin. Na normalno telesno temperaturo vplivajo lahko tudi izpostavljenost tveganim spolnim odnosom, poškodbam, uporabi in zlorabi prepovedanih substanc predvsem zaradi okužb in zastrupitvah. Izpostavljeni so predvsem brezdomci, ženske po porodu in starejši ljudje. Skrbimo za redno merjenje telesne temperature, pacientom svetujemo kako vzdrževati normalno telesno temperaturo (1).
- **Prehranjevanje in pitje:** ogrožena sta predvsem zaradi neprestane aktivnosti , spremembe okusa, vonja in otipa. Pacienti imajo zmanjšano potrebo po hrani (8). Pacienti izgubljajo telesno težo predvsem zaradi prenizkega vnosa hrane in pijače. Njihova prebava je neurejena, pomanjkanje časa pa je eden izmed bistvenih razlogov za zmanjšano potrebo po prehranjevanju in pitju. Pacientu je potrebno predpisati ustrezno hrano in njeno količino, zagotoviti zadosten vnos kalorij, poskrbimo za ustrezne dodatke k prehrani. Paciente spodbujamo k rednim obrokom, k pitju tekočin. Vodimo bilanco zaužite tekočine, ter preprečujemo možnost nastanka dehidracije. Spremljamo pacientovo čustveno stanje in razpoloženje, ter poskrbimo, da je prehranjevanje in pitje nemoteno, umirjeno in brez naglice (23).

Paciente vodimo, usmerjamo in spodbujamo, svetujemo jim glede spoštovanja dietnega režima, ter skrbimo, da ga ne prekršijo. Pacienti naj obroke zaužijejo v mirnem in sproščenem vzdušju. Hiperaktivnim pacientom ponudimo pijačo in posebej pripravljeno hrano, ki jo lahko zaužijejo tudi v gibanju. Negovalni tim poskrbi, da lahko pacient zaužije hrano stoje ali med hojo oz. premikanjem (27).

- **Gibanje in ustrezna lega:** Pikovnik in Fink navajata (23), da sta motena zaradi brezciljne hoje, tekanja, hitenja z neustavljivo silo. Vse to lahko vodi v preveliko utrujenost, posledično pa izgubo telesne teže in dehidracijo. Pacienti v akutni manični fazi premagujejo nadčloveške napore, ki vodijo v izčrpanost. Poveča se potreba po potovanjih, neustavljivi želji po hoji, pogosto se lahko z avtom odpravijo daleč od doma. Pacienti pri gibanju in ustrezni legi potrebujejo pomoč, nasvete in diskusijo. Poskušamo jih pravilno usmerjati k mirnim aktivnostim, ter skupaj z njimi zagotavljamo življenjske aktivnosti (1).
- **Spanje in počitek:** Pregelj in Kobentar navajata (1), da sta najbolj motena v akutni fazi, ko pacient ne spi tudi po več dni skupaj. Posledično postaja zelo utrujen, kar pa ovira njegovo normalno dnevno delovanje. Nespečnost se kaže kot nezmožnost zaspati, spanec je prekratek, s pogostim vstajanjem iz postelje. Pomoč pri motnjah spanja temelji predvsem na ustrezni pripravi prostora, v katerem pacient počiva, pri načrtovanju dnevnih aktivnosti, ustrezni prehrani, primerni higieni in izvajanju predpisane terapije. Paciente večkrat dnevno spodbudimo k počitku, jim pomagamo z mirnim pogovorom, aromaterapijo in relaksacijo. Zdravstveni negovalni tim poskrbi za tiho vzdušje v prostoru s pridušeno svetlobo (27). Raziskava navaja (29), da so MS v zdravstveni negi pacienta z mentalnimi obolenji mnenja, da se morejo izobraževati in pridobivati znanja in veščine pri pomoči pacientom z motnjami v spanju. MS v zdravstveni negi pacienta z mentalnim obolenjem se zavedajo, da težave s spanjem lahko slabo vplivajo na kakovost življenja. Prav tako poslabšanje pri motnjah spanja zelo slabo vpliva na paciente z manijo in depresijo. Večina MS je zadovoljnih z nego, ki jo nudijo in so mnenja, da so njihovi pacienti prav tako zadovoljni s prejeta nego.
- **Izogibanje nevarnostim v okolju:** Pregelj in Kobentar (1) navajata, da je posebej moteno zaradi pospešenega mišljenja, pacienti imajo privzdignjena čustva, hitijo, njihova presoja o posledicah je zmanjšana. Osnova je zagotoviti varnost pacientov.

Paciente nadziramo in jim pomagamo pri premagovanju ovir in težav, nadzorujemo njihovo aktivnost. Posebno pozornost zahtevajo nemirni, agresivni in razdražljivi pacienti, ki posledično lahko škodujejo sebi ali okolici zaradi svojega počutja. MS mora pacienta pomiriti, z mirnim pristopom poskrbi za varno in umirjeno okolje in s tem se pacient izogne poškodbam (28).

- **Osebna higiena in urejenost:** moteni sta predvsem v akutni fazi bolezni zaradi nenehnega menjavanja različnih aktivnosti, pogosto se zgodi, da pacient ne more opraviti nekega dela, neke aktivnosti do konca. Pacient ni sposoben sam ustrezno skrbeti za osebno higieno in urejenost, zato ga previdno usmerjamo, da natančno opravi osebno higieno, s posebno skrbjo nad rednim umivanjem rok. Poučimo jih o ustrezni uporabi mila, saj pacienti velikokrat pretiravajo v količini uporabe le-tega. Posebej poostrena osebna higiena je pri inkontinentnih pacientih, ter v času menstruacije, saj se krvavitev v manični fazi poveča. Pacient potrebuje pogosto prhanje, ker se pri hiperaktivnosti poveča znojenje (27).
- **Oblachenje in slačenje:** se pogosto pokaže kot izbira oblačil z močnimi barvami, ter z uporabo nenavadnih dodatkov. Velikokrat se zgodi, da se pacienti oblečejo letnemu času neprimerno, lahko pa se zgodi tudi, da se brez zadržkov slačijo. Pacienta usmerjamo k ustrezni izbiri oblačil, primerni za posamezen letni čas (1).
- **Odnos z ljudmi, izražanje čustev, občutkov in potreb:** so patološko spremenjeni, odzivi na bolečino so patološki, včasih pa tudi preobčutljivi. Vid, čut in sluh so hipersenzibilni, kar se ujema z znaki manije. Čustvovanje je zelo intenzivno, in evforično. Vrednote se ves čas menjajo in nimajo trajnejšega značaja. Spominske funkcije so ohranjene, vendar pa imajo daljšo usmerjeno pozornost. Pri pogovoru preskakujejo z ene teme na drugo, težko prenašajo ugovarjanje.

Brez zadržkov izražajo potrebe in želje. Težav nimajo niti v spolnosti, tudi s popolnimi tujci ne. V procesu zdravstvene nege je za to potrebno prepoznati kognitivne vedenjske tehnike, ter poznati terapevtsko komunikacijo. Odsvetujemo izražanje verskih čustev (1).

- **Koristno delo, razvredilo in rekreacija:** pacienti pogosto menjavajo interese, pogosto se zgodi, da začetega dela ne dokončajo. Zanimajo jih nova opravila in že začeta zanemarijo. Pacienta previdno vodimo v terapevtske telesne in duševne aktivnosti. Svetujemo mu, kako naj obvladuje moteče znake manije, ter kako naj skrbi zase. Poskrbimo, da ustrezno navezuje stike z okolico. Razvedrilo in rekreacija sta zelo koristna v vzdrževalni fazi manije, saj se pacientu ponudi realna slika o sposobnosti in doživljanju uspeha (1).
- **Učenje in probivanje znanja:** sta zelo pomemben del samoobvladovanja motnje. Pacient mora poznati svojo bolezen, začetne znake poslabšanja, sprožilne dejavnike in načine samopomoči. Tehnike za samoobvladovanje motnje ponujajo pacientu, da pravočasno poišče pomoč, prepreči hospitalizacijo, ter se vključuje v svoje socialno okolje, s tem si krepi svojo samozavest. Pacienta poučimo o uživanju škodljivih substanc, spodbujamo ga k rednim kontrolnim pregledom v ambulantni, ga poučimo o jemanju redne in ustrezne terapije. Nudimo strokovno pomoč, ustvarimo zaupljiv in profesionalen odnos.

Pomembna vloga negovalnega tima je, da poskrbi in ima nadzor, da pacient redno jemlje predpisano terapijo. Skrbno opazovanje vitalnih funkcij med aplikacijo terapije zagotovi strokovni nadzor (27,28).

## **6.2 Naloge medicinske sestre pri zdravstveni negi pacienta v depresivni fazi bipolarne motnje razpoloženja**

- **Dihanje in krvni obtok:** Vloga medicinske sestre je ugotoviti pacientovo stopnjo samooskrbe pri življenjski aktivnosti, ter če so prisotne motnje dihanja. Skrbimo za dnevni pregled in kontrolo vseh vitalnih funkcij, posebej smo pozorni v času komorbidnosti, kjer je nevarnost sprememb krvnega tlaka, srčnega utripa, in dihanja zelo visoka. Pikovnik in Fink navajata (23), da je pomembno, da smo pozorni na rizične skupine, kot so starejši, nosečnice in otročnice ter osebe že s prej okvarjenimi vitalnimi funkcijami (1).

- **Izločanje in odvajanje:** Ugotovimo pacientovo stopnjo samooskrbe pri življenjski aktivnosti: izločanje, odvajanje. Ugotovimo pacientove navade glede izločanja, odvajanja in ugotovimo, ali so prisotne motnje izločanja in odvajanja. Medicinske sestre naj vsakodnevno opazujejo izločanje in odvajanje, ter vse ustrezno dokumentirajo (23).
- **Vzdrževanje normalne telesne temperature:** Ugotoviti je potrebno pacientovo stopnjo samooskrbe pri življenjski aktivnosti, ter sposobnost za vzdrževanje telesne temperature. Ugotoviti je potrebno tudi ali odstopa telesna temperatura od normalnih vrednosti (23).
- **Prehranjevanje in pitje:** Vloga medicinske sestre je ugotoviti pacientovo stopnjo samooskrbe pri življenjski aktivnosti: hranjenje in pitje. Ugotovimo tudi pacientove navade povezane s hranjenjem in pitjem. Naloga medicinskih sester je ugotoviti tudi, ali so prisotne motnje hranjenja in pitja pri pacientu z depresivno motnjo (23), spodbujamo jih k jedi in pitju tekočin. Dnevno kontroliramo vnos tekočine in hrane. Pacienta tehtamo, pozorni smo na znake dehidracije, posebej pozorni smo na vse rizične skupine (1).
- **Gibanje in ustrezna lega:** Vloga medicinskih sester je ugotoviti pacientovo stopnjo samooskrbe pri življenjski aktivnosti: gibanje in ustrezna lega. Ugotoviti pacientove navade glede gibanja in ustrezne lege ter ali so prisotne motnje gibanja (23).
- **Spanje in počitek:** Vloga medicinskih sester je ugotoviti pacientovo sposobnost samooskrbe pri življenjski aktivnosti. Ugotoviti je potrebno pacientove navade glede spanja in počitka, vzroke in najpogostejše motnje spanja. Pomemben je terapevtski odnos in pogovor in ustrezno reševanje težav z motnjami spanja (1).
- **Izogibanje nevarnostim v okolju:** Medicinske sestre morajo ugotoviti pacientovo sposobnost samooskrbe pri življenjski aktivnosti ter opredeliti sposobnost izogibanja nevarnostim v okolju. Ugotoviti je potrebno znake avtoagresivnega vedenja

vzpostavimo terapevtski odnos, skrbimo za njihovo varnost ter jih vključujemo k aktivnostim (23).

- **Osebna higiena in urejenost:** naloga in vloga medicinskih sester je ugotoviti pacientovo sposobnost samooskrbe pri življenjski aktivnosti ter ugotoviti potrebe po skrbi za osebno higieno in urejenost. Ugotovimo pacientove navade glede osebne higiene in urejenosti. Skrb namenimo vsem rizičnim skupinam (1).
- **Oblačenje in slačenje:** Pregelj in Kobentar (1) navajata, da se spremembe kažejo pri neupoštevanju higienskih manir pri menjavi spodnjega perila, nogavic in drugih oblačil. Pacienti so včasih preveč ali premalo oblečeni, kar moti normalno vzdrževanje telesne temperature. Paciente informiramo o redni menjavi perila in oblek, navajamo jih na dnevno higieno oblačil z ločevanjem dnevnih in nočnih oblačil, jih usmerjamo in jim svetujemo. Spodbujamo jih k sodelovanju pri izbiri oblačil, upoštevamo njihove želje.
- **Odnos z ljudmi, izražanje čustev, občutkov in potreb:** stiki z ljudmi se zelo spremenijo, le tem se izogibajo in jih pretrgajo. Pacienti pogosto šepetajo, stokajo se hihitajo, jočejo brez solz, ponavljajo iste besede, pogovor ni sestavljen. Medicinske sestre so stalno prisotne ob pacientu, mu zagotavljajo varnost, nudijo pomoč pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnostih, spoštujejo osebnost in pravice pacienta. Izražanje verskih čustev je za pacienta pozitivno, saj vpliva na ohranjanje življenja. Podpora pri odnosu z družino in prijatelji (30, 31).
- **Terapevtska intervencija** lahko sestoji samo iz sedenja v tišini poleg pacienta. Taka prisotnost MS je lahko zelo podpora. Družinski člani naj bodo poučeni da poiščejo strokovno pomoč ob pojavu znakov obolenja. MS družinske člane pouči o pomembnosti jemanja terapije, da so pacientu v podporo, ga ne obsojajo, ga spodbujajo in so do njega spoštljivi (28). MS uporablja partnerski odnos s pacientom. Pacientu pomaga, da se zave težav, potreb in problemov. Prav tako pacienta podpira pri koristnem delu in pri opravilih, ki mu gredo dobro. Pacientu pomaga k uresničitvi zastavljenih ciljev (27).

- **Koristno delo, razvredilo in rekreacija:** v prvi vrsti je potrebno ugotoviti pacientovo sposobnost samooskrbe pri življenjski aktivnosti. Ugotovimo pacientove navade glede razvedrila in rekreacije (23).
- **Učenje in probivanje znanja:** v akutni fazi ni mogoče, saj je zbranost in sposobnost pomnjenja na zelo nizki ravni. V institucijah se pacienti naučijo pomembnih korakov pri samoobvladovanju bolezni. Medicinska sestra paciente spodbuja, uči in jih informira o skrbi za vse življenjske aktivnosti in za njihovo bolezen (1). Ugotovimo pacientovo sposobnost za učenje in pridobivanje znanja. Ugotovimo pacientove navade glede učenja in pridobivanja znanja (23).



## **7 RAZISKOVALNI DEL NALOGE**

V teoretičnem delu naloge smo opredelili značilnosti bipolarne motnje in zdravljenje, predstavili smo proces zdravstvene nege pacientov z bipolarno motnjo in vlogo medicinske sestre pri izvajanju terapevtskih aktivnosti. V raziskovalnem delu naloge pa opredelimo problem, namen in cilje diplomske naloge, predvidene metode raziskovanja in hipoteze ter rezultate analize podatkov.

### **7.1 Opredelitev raziskovalnega problema**

Proces obravnave pacienta z bipolarno motnjo razpoloženja je zahteven in dolgotrajen proces, prepoznavanje potreb je pomembna aktivnost medicinske sestre, prav tako tudi intervencije. Potrebna je uporaba znanja in dolgoletne izkušnje na tem področju.

### **7.2 Namen in cilji**

Namen diplomske naloge je opisati značilnosti bipolarne motnje in prikazati pomen dela osebja v zdravstveni negi v procesu celostne obravnave pacienta z bipolarno motnjo razpoloženja. Z raziskavo želimo ugotoviti v kolikšni meri osebje v zdravstveni negi pozna bolezen in oceniti sposobnosti za prepoznavanje potreb v zdravstveni negi pri obravnavi pacienta z bipolarno motnjo razpoloženja.

- predstaviti bipolarno motnjo razpoloženja
- predstaviti znake, simptome in vzroke bipolarne motnje razpoloženja
- predstaviti zdravljenje in zdravstveno nego pacientov z bipolarno motnjo razpoloženja
- predstaviti pomen in vlogo osebja v zdravstveni negi v procesu celostne in timske obravnave pacientov z bipolarno motnjo razpoloženja.
- predstaviti proces zdravstvene nege pacientov z bipolarno motnjo razpoloženja

izvesti raziskavo o pomenu znanja in sposobnosti za prepoznavanje znakov bipolarne motnje razpoloženj.

### **7.3 Hipoteze**

Postavili smo si tri delovne hipoteze:

Hipoteza 1: Osebe v zdravstveni negi ima dovolj strokovnega znanja na področju prepoznavanja simptomov in znakov bipolarne motnje razpoloženja.

Hipoteza 2 : Osebe v zdravstveni negi ima dovolj sposobnosti na področju ugotavljanja potreb po zdravstveni negi pri pacientih z bipolarno motnjo razpoloženja.

Hipoteza 3: Osebe v zdravstveni negi sodeluje pri celostni obravnavi pacientov z bipolarno motnjo razpoloženja.

### **7.4 Anketni vprašalnik**

Anketni vprašalnik je sestavljen iz 22 vprašanj odprtega in zaprtega tipa. Anketirani so na posamezna vprašanja odgovarjali z obkroževanjem, pri odprtem tipu vprašanj pa preko opisovanja in naštevanja.

## **7.5 Potek raziskave**

Podatki so bili pridobljeni z anonimnim anketnim vprašalnikom, kjer so anketirani odgovarjali prostovoljno, v mesecu marcu 2012 v času dveh tednov, kolikor je bilo na razpolago za izpolnjevanje anket.

Predhodno smo pridobili dovoljenja za možnost anketiranja od glavnih sester v obeh psihiatričnih bolnišnicah, preko telefonov, elektronske pošte in osebnega kontakta.

## **7.6 Vzorec**

V proučevanem vzorcu zaposlenih v zdravstveni negi iz dveh psihiatričnih bolnišnic so sodelovali zaposleni s srednješolsko ter visokošolsko izobrazbo iz Psihiatrične bolnišnice Idrija in iz Psihiatrične bolnišnice Begunje. Oddanih anketnih vprašalnikov je bilo skupno 126. Anketne vprašalnice smo iz Psihiatrične bolnišnice Begunje prejeli nazaj po pošti, od 52 poslanih anketnikov smo dobili vrnjenih 15 anketnih vprašalnikov, iz PB Idrija smo od 74 odposlanih anketnikov dobili vrnjenih 33, ki smo jih prevzeli osebno v bolnišnici.

## **7.7 Obdelava podatkov**

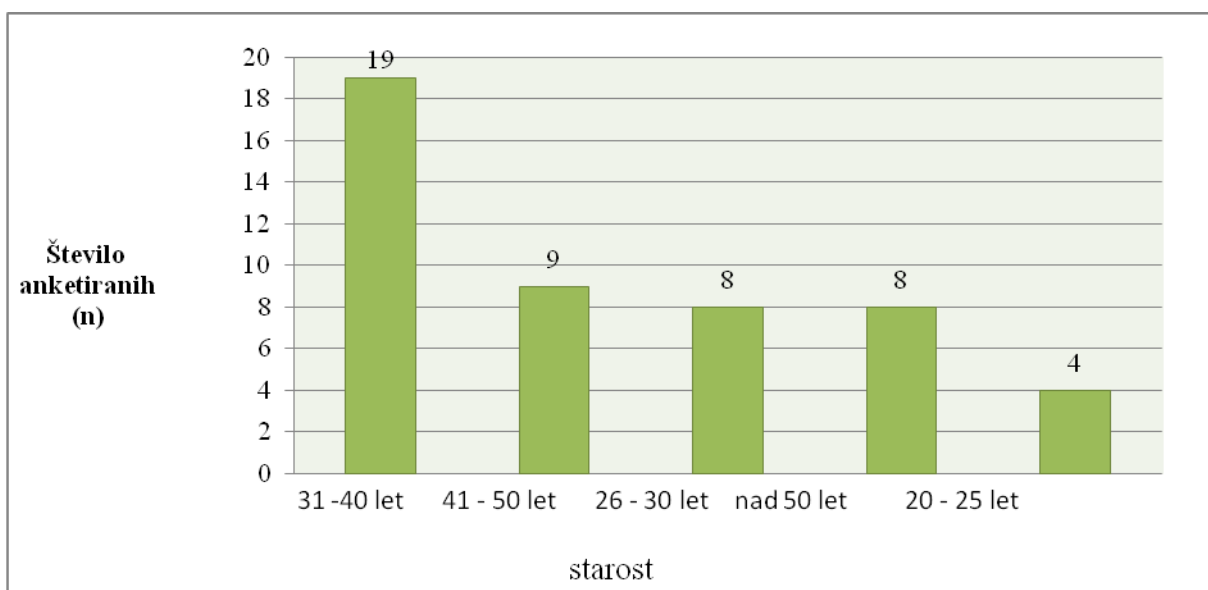
Pri izdelavi diplomske naloge smo v teoretičnem delu uporabili deskriptivno metodo dela s študijem domače in tuje literature. V raziskovalnem delu smo uporabili kvantitativno in kvalitativno metodo dela. Hipoteze smo preverili z analizo in obdelavo podatkov iz izpolnjenih anketnih vprašalnikov med osebjem v zdravstveni negi iz Psihiatrične bolnišnice Idrija in Psihiatrične bolnišnice Begunje. Za obdelavo podatkov smo uporabili računalniški program Microsoft Excel 2007.

## 8 REZULTATI

V raziskavi je sodelovalo zdravstveno osebje (medicinske sestre, zdravstveni tehniki in diplomirane medicinske sestre) iz Psihiatrične bolnišnice Idrija in Begunje. Vseh oddanih anket je bilo 126, vrnjenih anketnih vprašalnikov 48. Odzivnost na izpolnjeno anketo je bila 38,1%, saj smo dobili majhno število izpolnjenih anketnih vprašalnikov.

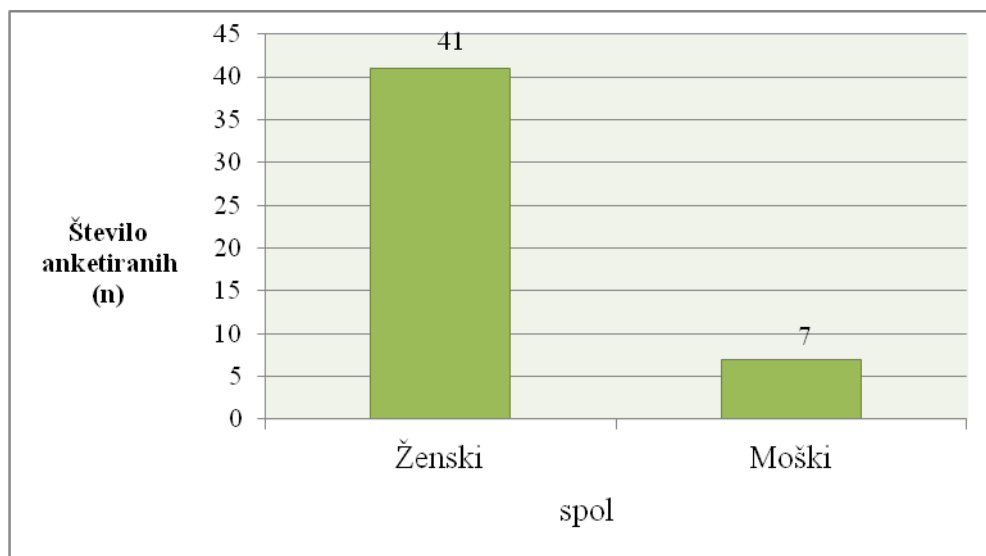
Pridobljene podatke iz anketnih vprašalnikov smo analizirali in jih grafično obdelali.

V prvem delu vprašalnika smo anketirance spraševali o demografskih podatkih: spol, starost, izobrazba, delovna doba skupaj in delovna doba v psihiatriji.



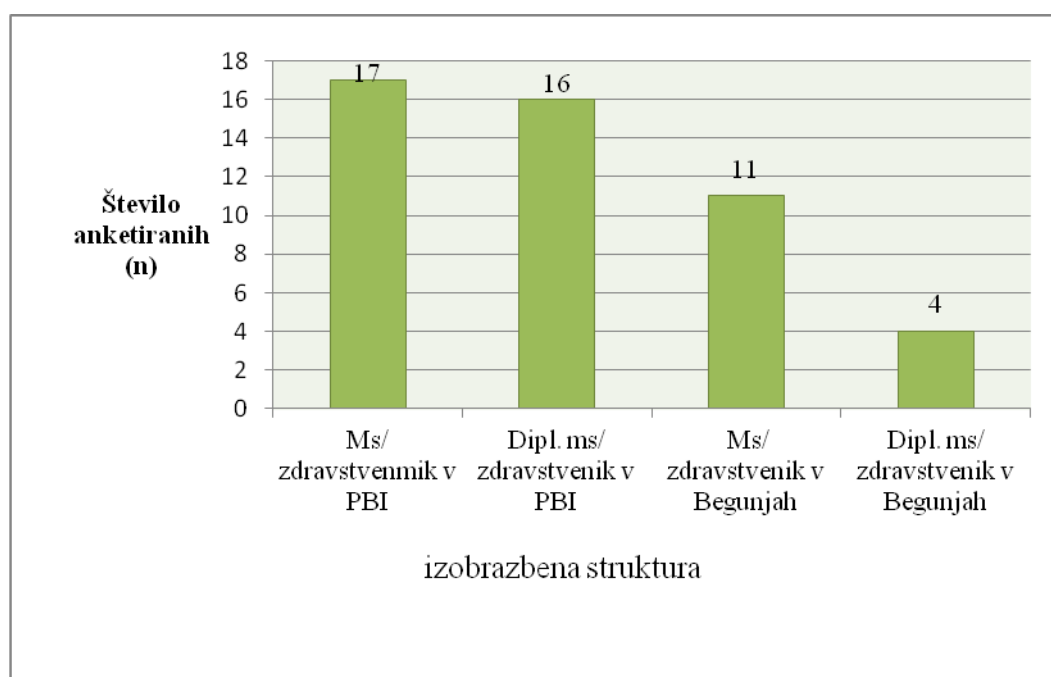
Slika 5: Starost anketiranih

Slika 5 predstavlja starost anketiranih v izbranem vzorcu. Vseh anketirancev je bilo 48, slika prikazuje koliko je bilo število anketirancev v posamezni starostni skupini. 19 anketiranih je starih od 31-40 let, 9 anketirancev je bilo starih 41-50 let, 8 je bilo anketirancev v starosti od 26-30 let, prav tako je bilo 8 anketirancev starih nad 50 let, 4 anketiranci pa so bili stari od 20-25 let.



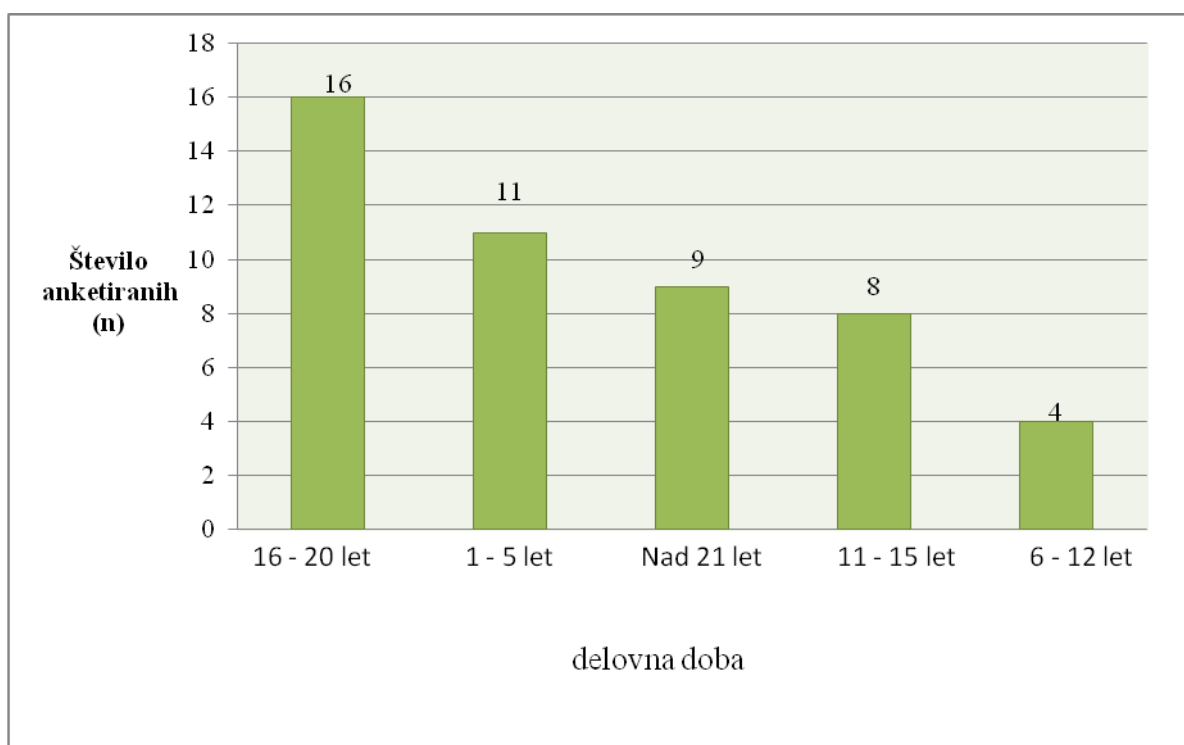
**Slika 6: Spol anketiranih**

V izbranem vzorcu je bilo 41 anketirancev ženskega spola, 7 anketiranih je bilo moškega spola (slika 6).



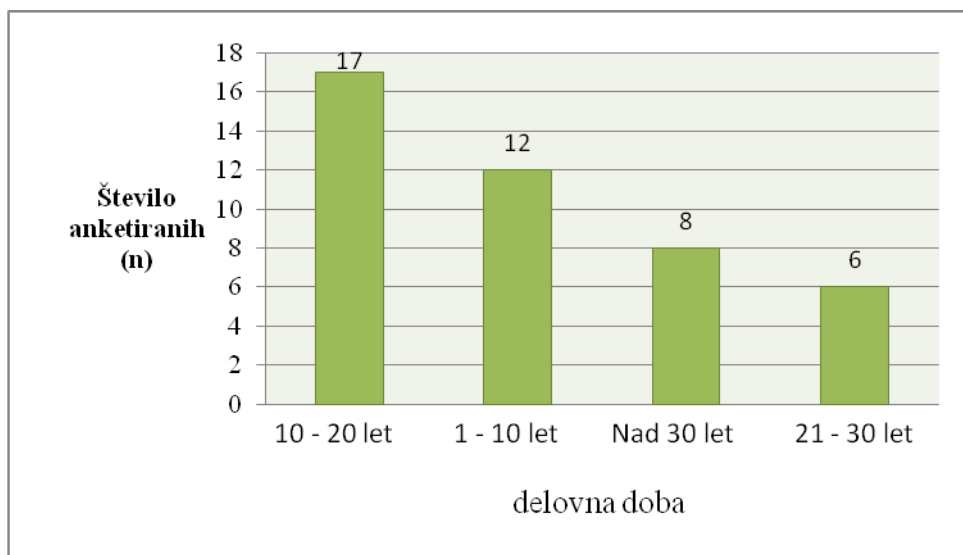
**Slika 7: Izobrazba anketiranih**

Pridobili smo podatke o izobrazbi anketirancev. Slika 7 predstavlja izobrazbeno strukturo anketirancev. V izbranem vzorcu je bilo od vseh 48 anketiranih: 17 srednjih medicinskih sester/zdravstvenikov (MS/ZT) iz PB Idrija ( Psihiatrična bolnišnica Idrija ) in 11 anketiranih iz PB Begunje (Psihiatrična bolnišnica Begunje) s srednjo izobrazbo in 16 diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov iz PB Idrija ter 4 diplomirane medicinske sestre / zdravstveniki iz PB Begunje.



**Slika 8: Delovna doba anketiranih na psihiatriji**

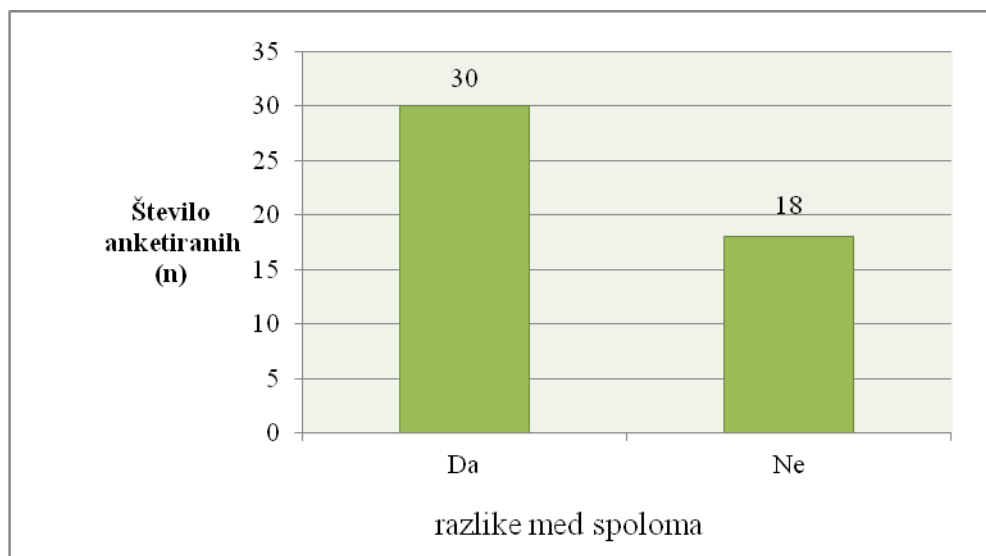
Anketirance smo spraševali o delovni dobi v psihiatriji. Slika 8 predstavlja delovno dobo anketirancev na psihiatriji. Od vseh 48 anketiranih jih je bilo največ in sicer 16 anketiranih, na psihiatriji zaposlenih od 16 do 20 let, 11 anketirancev je bilo zaposlenih od 1 do 5 let, 9 anketiranih je bilo zaposlenih nad 21 let, 8 anketirancev je bilo zaposlenih od 11 do 15 let delovne dobe na psihiatriji, 4 anketiranci pa so bili zaposleni od 6 do 10 let. Anketirance smo spraševali tudi o skupni delovni dobi skupaj z drugimi zaposlitvami. Podatki iz vzorca so predstavljeni v sliki 9.



**Slika 9: Skupna delovna doba anketiranih**

Podatki o skupni delovni dobi anketirancev s predhodnimi zaposlitvami kažejo, da ima od vseh 48 anketiranih največ, in sicer 17 anketirancev od 10 do 20 let, 12 anketirancev ima skupne delovne dobe od 11 do 20 let, od 21 do 30 let ima skupne delovne dobe 6 anketirancev in 8 nad 30 let skupne delovne dobe.

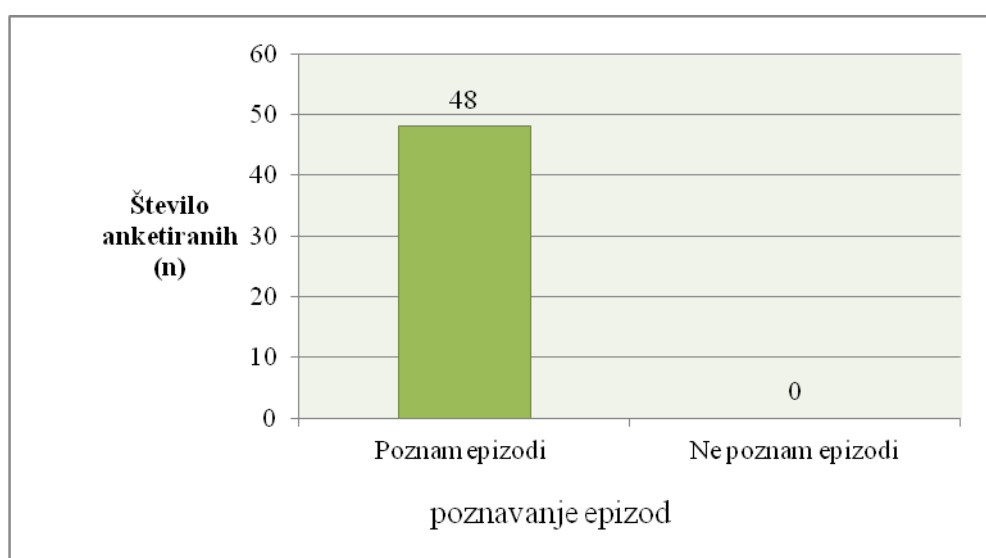
V drugem delu anketnega vprašalnika smo z vprašanji preverjali poznavanje razlik med spoloma glede bolezni bipolarne motnje, poznavanje epizod, iz katerih je bipolarna motnja razpoloženja sestavljena, o značilnostih pacienta z bipolarno motnjo razpoloženja, udeleževanje in pogostost izobraževanja, ter mnenja o zadostnem številu izobraževanj, ter o metodah zdravljenja. Z vprašanji smo preverjali zastavljeno hipotezo 1.



**Slika 10: Razlike med spoloma pri obolenju z bipolarno motnjo razpoloženja**

Anketirance smo spraševali, če menijo, da obstajajo razlike med spoloma. Slika 10 predstavlja mnenja glede razlik med spoloma, od vseh 48 anketiranih jih 30 anketirancev meni, da razlike med spoloma so, 18 anketiranih meni, da jih ni.

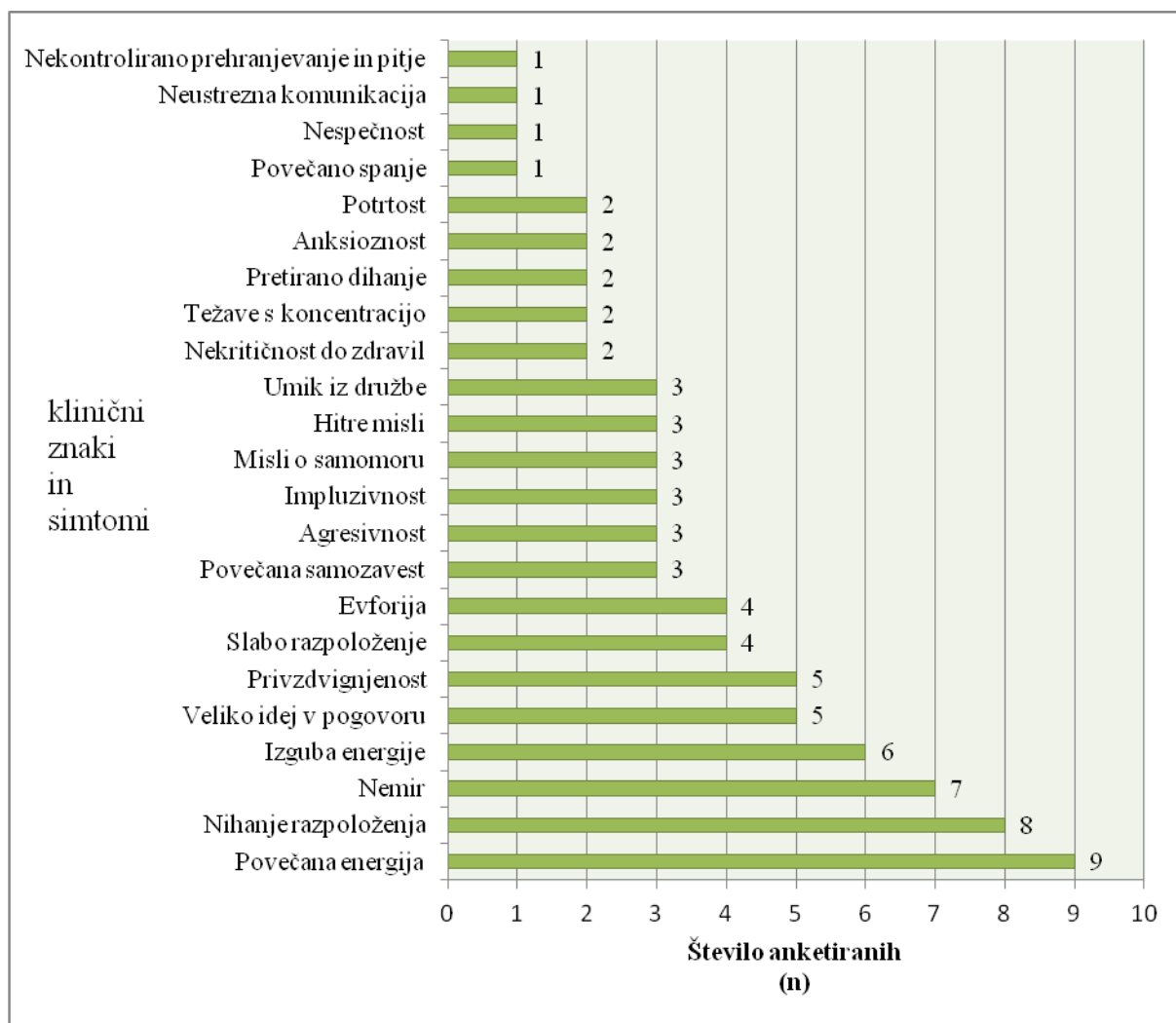
Anketirance smo spraševali tudi o poznavanju epizod, iz katerih je sestavljena bipolarna motnja razpoloženja. Podatki iz vzorca so predstavljeni v sliki 11.



**Slika 11: Poznavanje epizod bipolarne motnje razpoloženja**



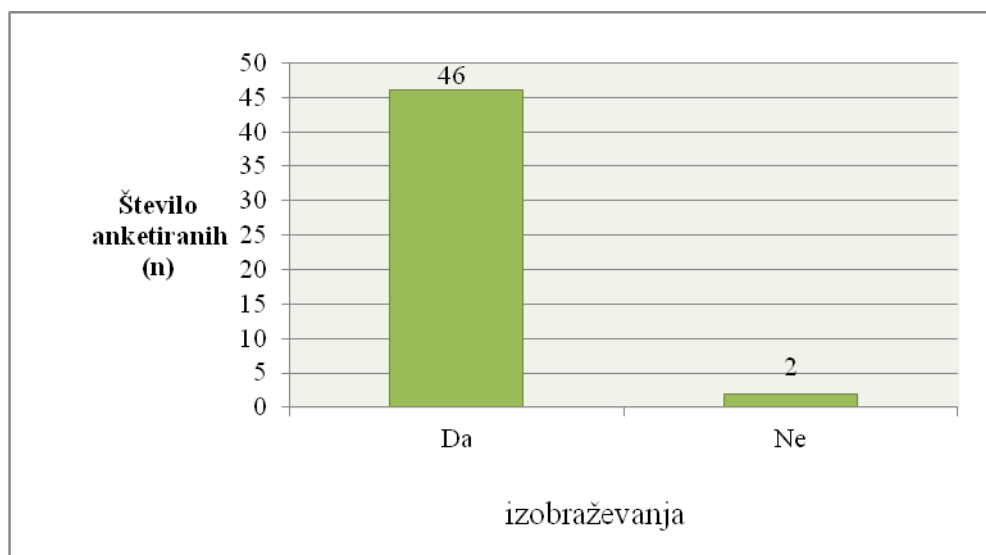
Podatki o znanju na področju poznavanja epizod, iz katerih je bipolarna motnja razpoloženja sestavljena, prikazujejo, da vseh 48 anketiranih pozna epizodi iz katerih je sestavljena bipolarna motnja.



**Slika 12: Značilnosti pacientov z bipolarno motnjo razpoloženja**

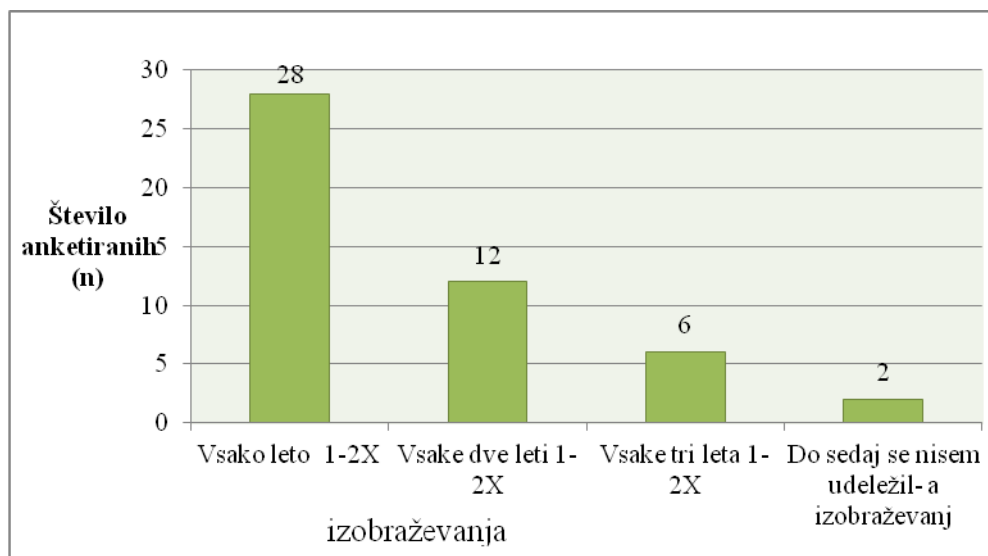
Anketirane smo vprašali, ali poznajo značilnosti oziroma klinične znake in simptome pacienta z bipolarno motnjo. Slika 12 prikazuje značilnosti pacientov z bipolarno motnjo, od vseh 48 anketiranih jih je 9 navedlo povečano energijo, nihanje razpoloženja 8, 7 jih je navedlo nemir, 5 anketiranih je navedlo, veliko idej v pogovoru, privzdignjenost, 4 so navedli slabo razpoloženje in evforijo, 3 so navedli povečano samozavest, agresivnost, impulzivnost, misli o samomoru, hitre misli ter umik iz družbe, 2 sta navedla nekritičnost, težave s koncentracijo,

pretirano dihanje, anksioznost, potrlost, po 1 anketirani so navedli povečano potenje, nespečnost, neustrezna komunikacija ter nekontrolirano prehranjevanje in pitje.



**Slika 13: Udeleževanje izobraževanj**

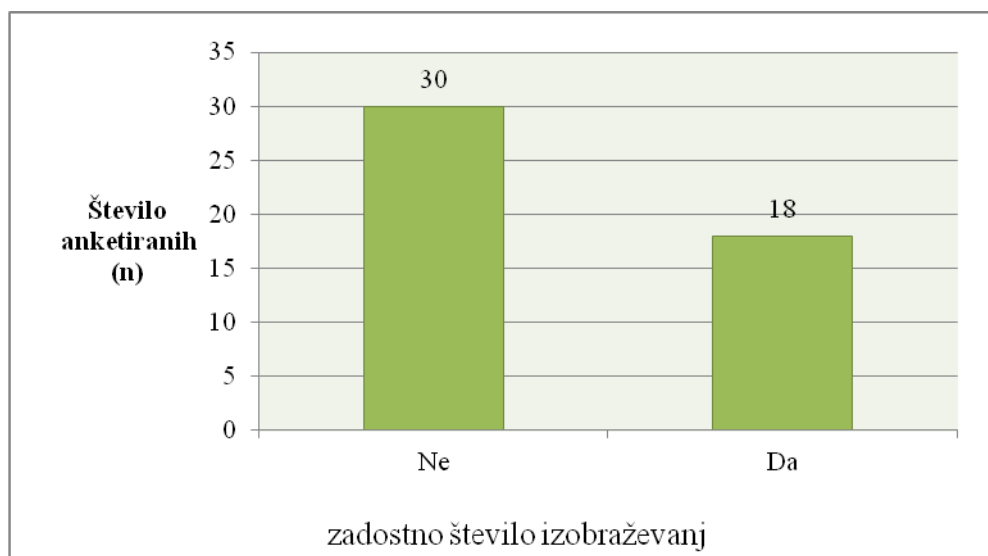
Anketirance smo spraševali, kako pogosto se udeležujejo izobraževanj s področja duševnih motenj. Slika 13 prikazuje udeležbo anketiranih na izobraževanjih, izmed vseh 48 anketirancev se 46 zaposlenih udeležuje izobraževanj, 2 se do sedaj nista udeležila izobraževanj.



**Slika 14: Pogostost udeleževanja izobraževanj**

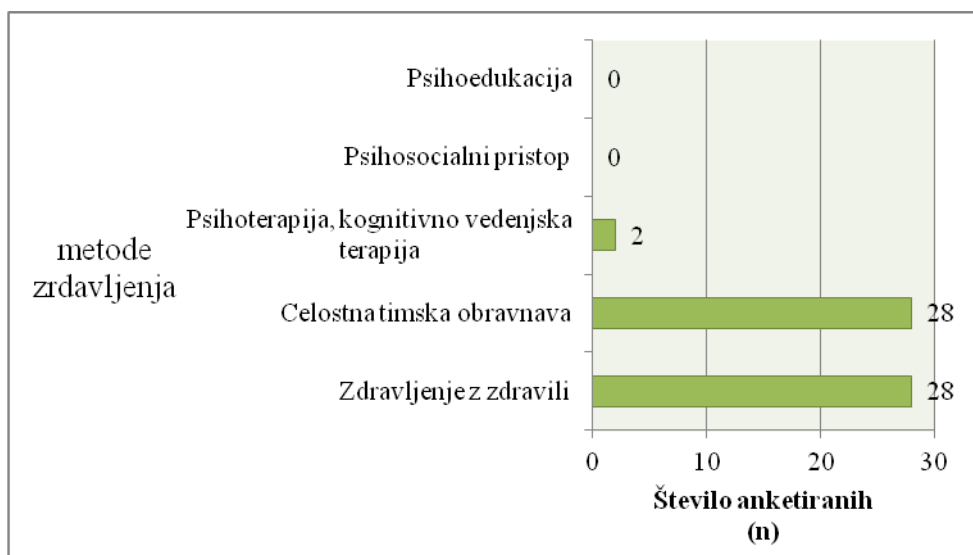
Posledično smo jim zastavili vprašanje, kako pogosto se teh izobraževanj udeležujejo. Slika 14 predstavlja pogostost udeleževanja izobraževanj: izmed vseh 48 anketiranih se 28 anketiranih udeleži izobraževanja vsako leto 1-2x, 12 se udeleži vsaki dve leti 1-2x, 6 vsaka tri leta 1-2x, 2 osebi se do sedaj nista udeležili izobraževanj.

Anketirance smo spraševali tudi o tem, če menijo, da imajo na temo duševnih motenj dovolj izobraževanj. Podatki iz vzorca so predstavljeni v sliki 15.



**Slika 15: Zadostno število izobraževanj**

Podatki prikazujejo, da od vseh 48 anketiranih jih 30 meni, da ni zagotovljenih dovolj izobraževanj, 18 jih meni, da je izobraževanja dovolj.



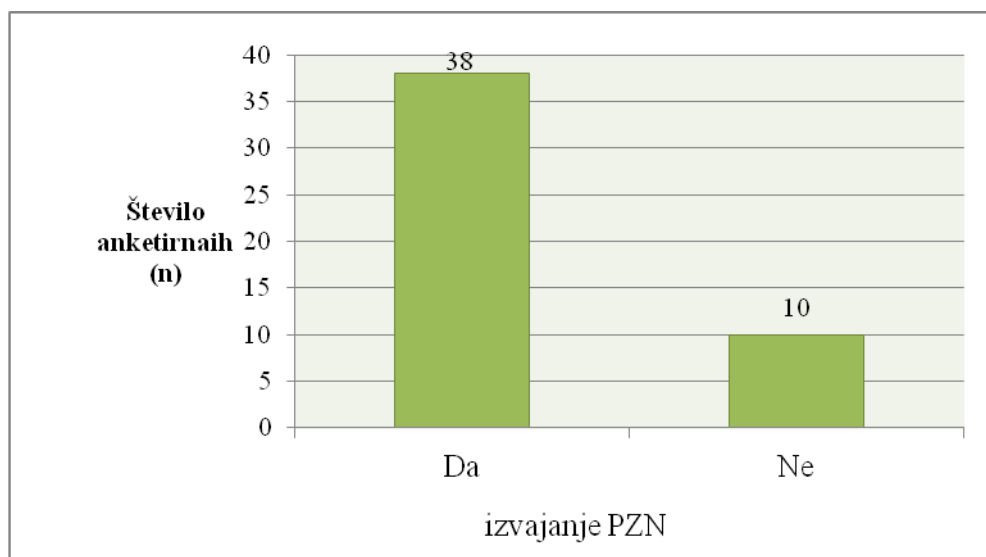
**Slika 16: Metode zdravljenja bipolarnе motnje razpoloženja**

Anketirane smo spraševali o najbolj zaželjeni oz. priporočljivi metodi zdravljenja bipolarnе motnje razpoloženja. Slika 16 predstavlja najbolj zaželjeno oz. priporočljivo metodo zdravljenja pacientov z bipolarno motnjo, od 48 anketiranih jih 28 meni, da je najbolj priporočljivo zdravljenje z zdravili, ravno tako z 28 sledi zdravljenje z celostno timsko obravnavo, z 2 sledi psihoterapija, kognitivna vedenjska terapija, z 0 sledijo psihosocialni pristop in psihoedukacija.

V tretjem delu anketnega vprašalnika smo z vprašanji preverjali zastavljeno hipotezo 2. Anketirane smo spraševali o samostojnem izvajanju procesa zdravstvene nege glede na pridobljena znanja in izkušnje, o najpomembnejši aktivnosti v PZN, vključitvi in sodelovanju v celostno obravnavo ter o načinu sodelovanja v PZN.

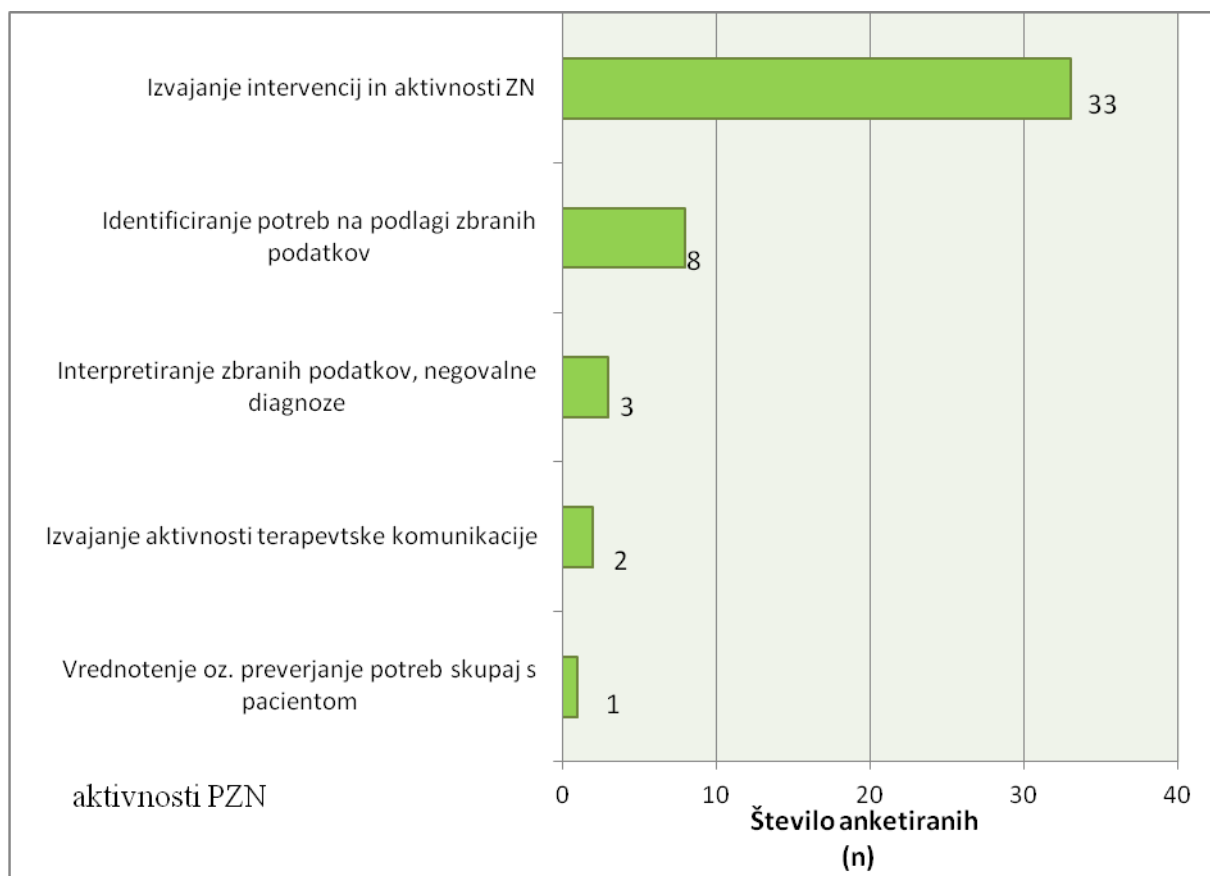
Na vprašanje, ali ugotavljanje potreb po zdravstveni negi pacienta z bipolarno motnjo razpoloženja obsega telesne, duševne in socialne procese, je vseh 48 anketirancev odgovorilo pritrdilno.

Anketirance smo spraševali tudi o tem ali menijo, da na podlagi svojih znanj in izkušenj lahko samostojno in kakovostno izvajajo proces zdravstvene nege pacienta z bipolarno motnjo razpoloženja. Podatki iz vzorca so predstavljeni v sliki 17.



**Slika 17: Samostojno izvajanje PZN glede na pridobljena znanja in izkušnje**

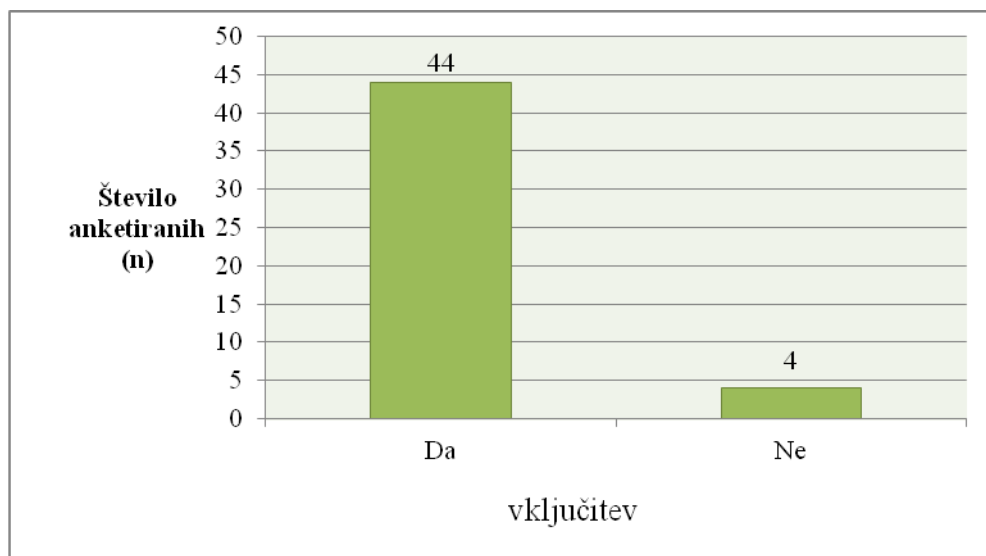
Podatki o samostojnem izvajanju procesa zdravstvene nege glede na pridobljena znanja in izkušnje kažejo, da izmed vseh 48 anketirancev jih 38 meni, da imajo dovolj znanj, 10 jih meni, da ga nimajo.



**Slika 18: Najpomembnejša aktivnost v PZN**

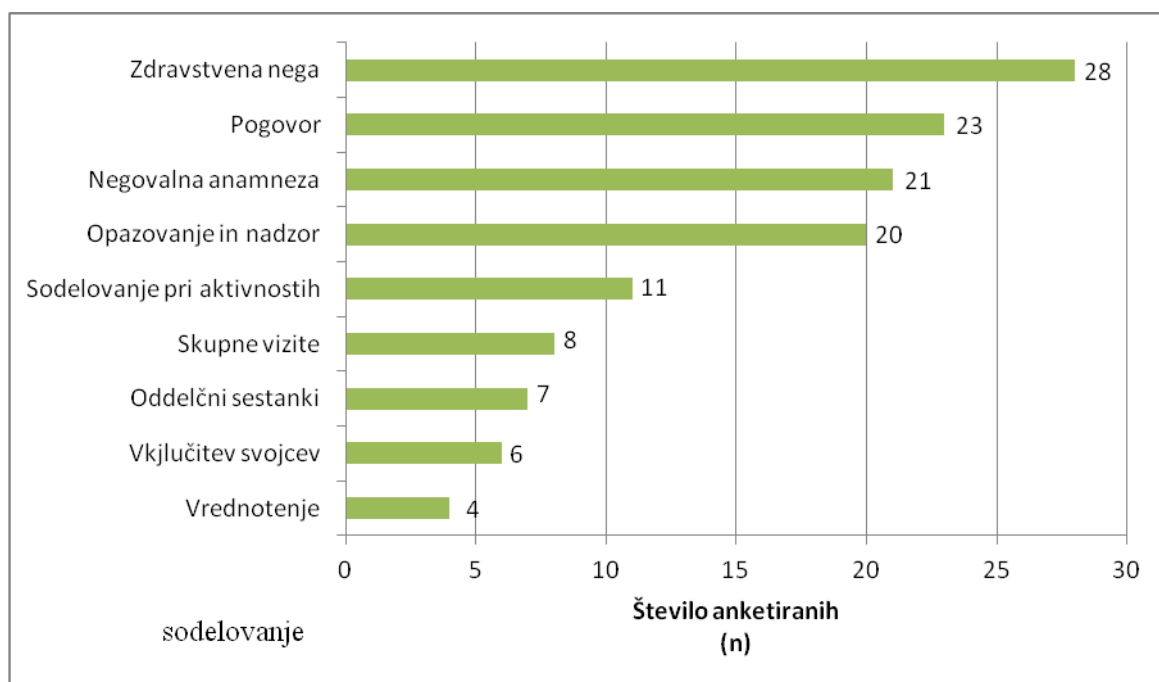
Anketirane smo vprašali o najpomembnejši aktivnosti po njihovem mnenju v procesu zdravstvene nege. Slika 18 predstavlja, po mnenju anketiranih, najpomembnejšo aktivnost v PZN, od vseh 48 anketiranih jih 33 meni, da je najpomembnejše izvajanje intervencij in aktivnosti zdravstvene nege, 8 identificiranje potreb na podlagi zbranih informacij, 3 interpretiranje zbranih podatkov, negovalne diagnoze, 2 izvajanje aktivnosti terapevtske komunikacije, 1 vrednotenje oz. preverjanje potreb skupaj s pacientom.

V četrtem delu anketnega vprašalnika smo z vprašanji preverjali zastavljeno hipotezo 3. Osebe v zdravstveni negi sodeluje pri celostni obravnavi pacientov z bipolarno motnjo razpoloženja.



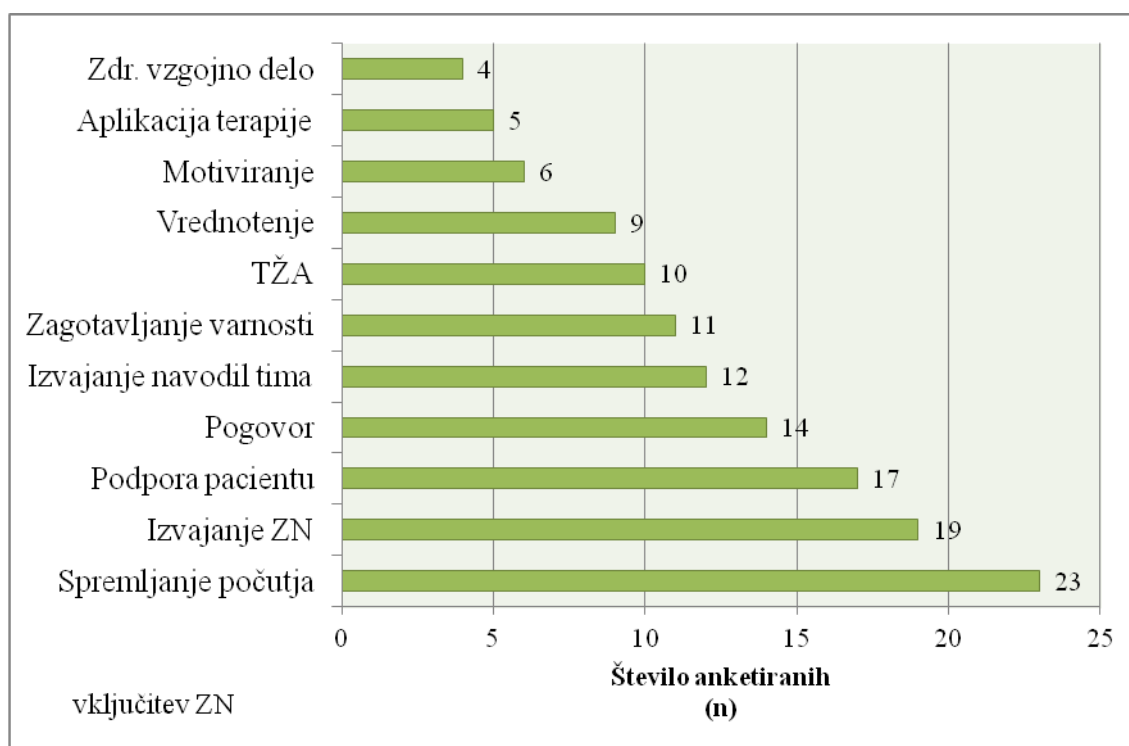
**Slika 19: Vključitev in sodelovanje v celostno obravnavo**

Zastavili smo vprašanje o vključitvi in sodelovanju v celostno obravnavo pacienta. Slika 19 predstavlja vključitev v celostno obravnavo pacienta z bipolarno motnjo, od vseh 48 anketiranih jih je 44 vključenih v obravnavo, 4 menijo, da niso.



**Slika 20: Način sodelovanja v PZN**

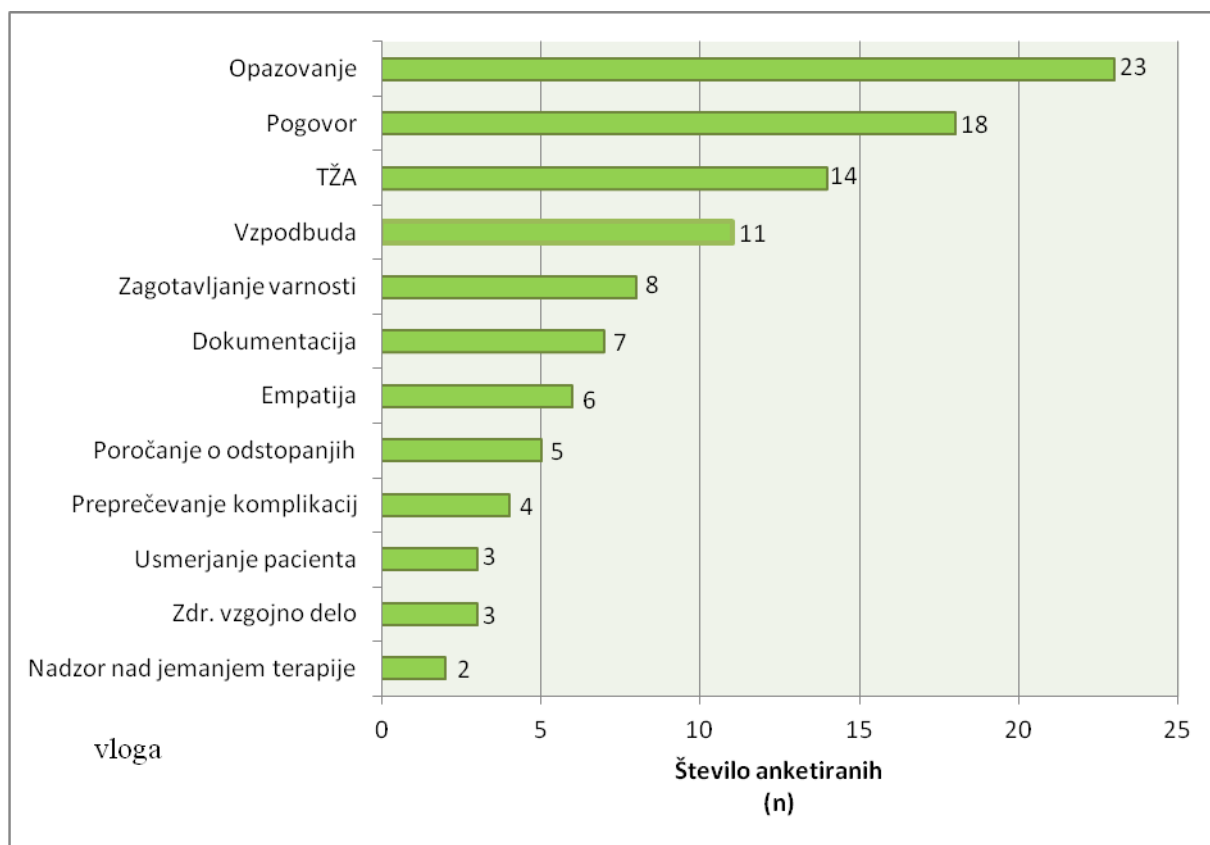
Anketirane smo vprašali, na kakšen način sodelujejo v PZN. Slika 20 predstavlja način sodelovanja v PZN: od vseh 48 anketiranih jih 28 sodeluje preko zdravstvene nege, 23 s pogovorom, 21 z negovalno anamnezo, 20 z opazovanjem in nadzorom, 11 jih sodeluje pri različnih aktivnostih, 8 jih sodeluje pri skupnih vizitah, 7 pri oddelčnih sestankih, in 6 z vključitvijo svojcev, 4 sodelujejo preko vrednotenja.



**Slika 21: Vključitev ZN v proces obravnave pacientov z bipolarno motnjo razpoloženja**

Anketirane smo povprašali, preko katerega procesa je v obravnavo vključena ZN. Slika 21 predstavlja mnenja glede tega, kako je v proces vključena ZN, od vseh 48 anketiranih jih 23 meni, da preko počutja, 19 preko izvajanja ZN, 17 podpora pacientu, 14 preko pogovora, 12 anketiranih meni, da preko izvajanja navodil tima, z 11 sledi zagotavljanje varnosti in temeljnih življenjskih aktivnosti 10, 9 preko vrednotenja, 6 preko motivacije, 5 preko aplikacije terapije, 4 menijo, da so najboljše vključeni preko zdravstveno - vzgojnega dela.





**Slika 22: Vloga zdravstveno negovalnega osebja**

Anketirane smo vprašali o vlogi zdravstveno negovalnega osebja. Slika 22 predstavlja vlogo zdravstveno negovalnega osebja, 23 anketiranih meni, da je njihova vloga opazovanje, 18 meni, da je njihova vloga pogovor, 14 izvajanje TŽA, 11 spodbuda, 8 zagotavljanje varnosti, 7 dokumentacija, 6 empatija, s 5 sledi poročanje o odstopanjih, 4 sodelujejo preko preprečevanj komplikacij, s 3 sledi usmerjanje pacienta, ter zdravstveno vzgojno delo 3, 2 anketirana svojo vlogo pripisujeta nadzoru nad aplikacijo jemanja terapije.

## 9 RAZPRAVA

Anketo smo izvedli meseca marca leta 2012 v Psihiatrični bolnišnici Idrija in v Psihiatrični bolnišnici Begunje. Razdelili smo 126 anketnih vprašalnikov z 22 vprašanji, vrnjenih je bilo 48 vprašalnikov. Kot je razvidno iz rezultatov, je največ anketnih vprašalnikov izpolnilo 41 žensk, in le 7 moških. Slednje prikazuje nizko odzivnost anketiranih glede teme. V tem poglavju smo obdelali in analizirali podatke pridobljene preko pravilno rešenih anketnih vprašalnikov. Na osnovi analize podatkov smo potrdili hipoteze. Pridobljene rezultate smo primerjali z drugimi primerljivimi raziskavami.

Vloga medicinske sestre pri obravnavi je bistvenega pomena za doseganje kakovostnega zdravljenja. S svojim znanjem, veščinami, etičnostjo in strokovnostjo mora biti pacientom z bipolarno motnjo v podporo, upoštevati mora njihove misli in želje, predvsem pa pomagati pri zagotavljanju vseh 14 življenjskih aktivnosti.

V prvem delu anketnega vprašalnika smo na vprašanja od 1-5 anketirane povprašali o njihovem spolu, 41 (85%) je ženskega spola, 7 (15%) moškega spola, na področju izobrazbe prevladujejo srednje medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege (28), diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenikov je 20. Na vprašanje glede delovne dobe na psihiatriji (slika 8) je 16 (33%) anketiranih odgovorilo, da je zaposlenih 16 - 20 let, 11 (23%) 1-5 let, 9 (19%) nad 21 let, 8 (17%) zaposlenih z 11-15 let delovne dobe, ter 4 (8%) zaposlenih od 6-10 let delovne dobe.

V drugem delu vprašalnika (vprašanja od 6-15) smo z vprašanji preverjali zastavljene delovne hipoteze.

**Hipoteza 1:** Osebe v zdravstveni negi ima dovolj znanja na področju prepoznavanja simptomov in znakov bipolarnе motnje razpoloženja.

Na podlagi analizi podatkov lahko **hipotezo 1 potrdimo**, saj je več kot polovica anketiranih odgovarjala pravilno na vprašanja o pogostosti in znakih bolezni.

Na vprašanje, kaj menijo ali obstajajo razlike med spoloma glede bipolarnе motnje razpoloženja, je 62% oziroma 30 anketirancev odgovorilo pritrdilno (slika 10), kar je skladno s podatki iz raziskave (2), ki navaja, da glede pojavnosti bolezni so razlike med ženskim in moškim spolom in da ženske dvakrat pogosteje obolevajo za bipolarno motnjo razpoloženja kot moški.

Anketirance smo spraševali tudi o poznavanju faz in simptomov bolezni bipolarnе motnje razpoloženja. Vseh 48 anketiranih (100%) pozna epizodi, ki sestavljata bipolarno motnjo razpoloženja (slika 11), v 96 % (46 anketirancev) se redno udeležuje izobraževanj na temo duševnih motenj in zdravstvene nege (slika 14).

V tretjem delu anketnega vprašalnika smo z vprašanji preverjali zastavljene hipoteze (vprašanja 16-18).

**Hipoteza 2:** Osebe v zdravstveni negi ima dovolj sposobnosti na področju ugotavljanja potreb po zdravstveni negi pri pacientih z bipolarno motnjo razpoloženja.

Z drugo predpostavko smo ugotavljali sposobnosti osebja v zdravstveni negi na področju ugotavljanja potreb po zdravstveni negi pri pacientih z bipolarno motnjo razpoloženja. Na vprašanje, ali menijo, da na podlagi svojega znanja in izkušenj lahko samostojno in kakovostno izvajajo proces zdravstvene nege pacienta z bipolarno motnjo razpoloženja, je 38 (79%) anketiranih odgovorilo, da ima dovolj znanja, da lahko samostojno izvajajo proces zdravstvene nege (slika 17). Prav tako so anketiranci na vprašanje ali ugotavljanje potreb po zdravstveni negi pacienta z bipolarno motnjo razpoloženja obsega telesne, duševne in socialne probleme, je vseh 48 (100%) anketiranih odgovorilo pritrdilno. Na osnovi analize podatkov lahko hipotezo 2 potrdimo, kar je prav tako skladno z raziskavo (26), ki navaja, da ima osebe v zdravstveni negi dovolj sposobnosti na področju ugotavljanja potreb po zdravstveni negi.

V četrtem delu anketnega vprašalnika smo z vprašanji (19-22) preverjali delovne hipoteze.

**Hipoteza 3:** Osebe v zdravstveni negi sodeluje pri celostni obravnavi pacientov z bipolarno motnjo razpoloženja.

S tretjo predpostavko smo želeli preveriti, ali osebje v zdravstveni negi sodeluje pri celostni obravnavi pacientov z bipolarno motnjo razpoloženja. Z analizo podatkov smo ugotovili, da je 44 (92%) anketiranih odgovorilo, da so vključeni v celostno obravnavo pacientov z bipolarno motnjo razpoloženja (slika 19). Na podlagi analiziranih podatkov lahko hipotezo 3 potrdimo. Iz podatkov raziskave (25) je razvidno, da se osebje v zdravstveni negi vključuje v celostno obravnavo pacientov z bipolarno motnjo razpoloženja.

Vprašanje: »Opišite, na kakšen način sodelujete pri celostni obravnavi pacienta z bipolarno motnjo«. 28 (22%) jih je odgovorilo, da sodelujejo preko zdravstvene nege, 23 (18%) jih je odgovorilo, da sodelujejo preko pogovora, 21 (16%) preko negovalne anamneze, 20 (16%) jih je navedlo opazovanje in nadzor, 11 (9%) jih sodeluje preko različnih aktivnosti, 8 (6%) preko skupnih vizit, 7 (5%) preko skupnih vizit in 6 (5%) z vključitvijo svojcev, 4 sodelujejo preko vrednotenja (slika 20).

Na podlagi pridobljenih rezultatov iz opravljene raziskave lahko z rezultati pritrdimo mnogim tujim raziskavam, na področju obravnave bipolarne motnje razpoloženja. Osebje v zdravstveni negi ima dovolj strokovnega znanja na področju prepoznavanja simptomov in znakov bipolarne motnje razpoloženja, ravno tako ima dovolj sposobnosti na področju ugotavljanja potreb po zdravstveni negi pri pacientih z bipolarno motnjo razpoloženja, v zdravstveni negi pa sodeluje pri celostni obravnavi pacientov z bipolarno motnjo razpoloženja.

## **9.1 Omejitve raziskave**

Ugotovitve iz analize podatkov lahko sprejmemo samo za izbrani vzorec anketirancev dveh psihiatričnih bolnišnic, vendar je bila realizacija vzorca majhna in sicer 38%. Prav tako so anketiranci pomanjkljivo odgovorili na dve vprašanji iz vprašalnika. Vprašanje 13 in 14 se je nanašalo na področje njihovega znanja, zanimalo nas je mnenje o tem, kje imajo največ in najmanj pridobljenega znanja. Večina anketiranih na ti dve vprašanji ni odgovorila, morda ker anketiranci niso dobro prebrali navodil ali pa jih niso razumeli, zato smo ti dve vprašanji izključili iz analize v vprašalniku.

## 10 ZAKLJUČEK

Bipolarna motnja razpoloženja je duševna motnja v porastu. Najbolj prizadene srednjo starostno populacijo, lahko pa prizadene tudi mlajše ljudi. Razširjena je tudi v Sloveniji. Večkrat traja zelo dolgo, lahko tudi več let, preden se bolezen potrdi. Človek lahko zgodnje opozorilne znake bolezni spregleda. Znaki se lahko le blago izražajo. Če se jih pacient nauči prepoznati, bo lahko poiskal ustrezno pomoč. Ko pride do težav, je prav tako zelo pomembna pomoč svojcev in prijateljev. Svojci lahko opozorilne znake prepoznajo in takoj ukrepajo ter poiščejo strokovno pomoč. Raziskave kažejo, da pacienti z bipolarno motnjo razpoloženja pogosto slabo sodelujejo pri zdravljenju. Večkrat bolezen težko sprejmejo in se z njo soočajo, mnogi so, da zdravljenje ni potrebno. Zato sta v primeru hospitalizacije še toliko bolj pomembna strokovno znanje in pristop medicinskih sester. Medicinska sestra pacientu stoji ob strani, ga posluša, mu pomaga, svetuje in uči. Razloži mu pomen sodelovanja in rednega jemanja predpisanih zdravil. Vloga medicinske sestre je, da vztrajno sodeluje pri zdravljenju in podpornih ukrepih. Trudi se, da se pacient čim prej vključi v družbo, da se mu povrne duševno zdravje in samostojnost. Zato je tudi zelo pomembno širše izobraževanje ljudi in okolice proti stigmatizaciji duševnih obolenj. Pacientu je pomembno takoj nuditi strokovno pomoč ob nastanku znakov obolenja, da si čim manj škodi. Prej ko se zdravljenje in rehabilitacija prične, boljše in hitrejše je okrevanje pacienta. Medicinska sestra ima pomembno vlogo pri zdravljenju in rehabilitaciji pacienta z bipolarno motnjo razpoloženja ter pri opravljanju vsakodnevnih življenjskih aktivnosti, kar lahko potrdimo tudi iz raziskave, ki smo jo opravili.

## 11 LITERATURA

1. Pregelj P., Kobentar R. Zdravstvena nega pacienta z depresivno motnjo. V. Kobentar R, ur. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Rokus Klett d.o.o, 2009: 203-223.
2. Varcarolis EM. Manual of psychiatric nursing care plans; Diagnoses, Clinical tools, and psychopharmacology. 3 rd ed. New York: Saunders Elsevier, 2004: 190 – 195.
3. Barry PD. Mental health and mental illness. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002: 203- 209.
4. Valfre Morison M. Foundations of mental health care. 4 th ed. St. Louis: Mosby Elsevier, 2009: 229 – 231.
5. Norman I, Ryrie I. The art and sciense of mental health nursing; A text book of principles and practise. 2 nd ed. London: Mc Graw Hill: England, 2009: 435.
6. Tomori M, Zihelr S. Psihijatrija. Litterapicta Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, 1999: 207- 226.
7. Vrhovnik Tone (2007). Bipolarna motnja  
<http://www.depra.si/clanek.php?vsebina=clanek&stran=stevdepri&podstran=8&clanek=1>  
<1.9.2010>.
8. Trina (2010). Prepoznavanje in premagovanje bipolarne motnje  
[http://www.bipolarna.si/index.php?option=com\\_content&task=view&id=41&Itemid=44](http://www.bipolarna.si/index.php?option=com_content&task=view&id=41&Itemid=44)  
<1.9.2010>.
9. Dernovšek M. Bipolarna motnja razpoloženja. Psihiatrična klinika Ljubljana izobraževalno raziskovalni inštitut Ozara Ljubljana: Ljubljana, 2008: 2- 5.

10. Candida F, Joy K. Bipolarna motnja za telebane. Založba Pasadena D.O.O : Ljubljana, 2009: 10.

11. Groleger U. Motnje razpoloženja: normalno in patološko V. Meje psihiatrije. Psihiatrična bolnišnica Begunje: Begunje, 2002: 115.

12. Trina (2010). Simptomi in znaki.

[http://www.bipolarna.si/index.php?option=com\\_content&task=view&id=41&Itemid=44](http://www.bipolarna.si/index.php?option=com_content&task=view&id=41&Itemid=44)

<1.9.2010>

13. Trina (2010). Simptomi in znaki mešane epizode.

[http://www.bipolarna.si/index.php?option=com\\_content&task=view&id=41&Itemid=44](http://www.bipolarna.si/index.php?option=com_content&task=view&id=41&Itemid=44)

<1.9.2010>

14. Trina (2010) Značilnosti bipolarne motnje.

[http://www.bipolarna.si/index.php?option=com\\_content&task=view&id=41&Itemid=44](http://www.bipolarna.si/index.php?option=com_content&task=view&id=41&Itemid=44)

<1.9.2010>

15. Koprivšek J. Depresija pod masko?, V. Poplas ST, Vajd R. (ur). 10. Schrottovi dnevi. Ljubljana: Medicinski razgledi, 2007: 53-58.

16. Kemični prenašalci (2010).

[http://www.bipolarna.si/index.php?option=com\\_content&task=view&id=41&Itemid=44](http://www.bipolarna.si/index.php?option=com_content&task=view&id=41&Itemid=44)

<1.9.2010>

17. Pipuš B, Nunčič P, Ramadani E. Obravnava psihiatričnega bolnika po procesni metodi dela. V: Kores PB. (ur). Splošna bolnišnica Maribor- Oddelek za psihiatrijo. 8. Dnevi Mariborske psihiatrije. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor, 2002: 15-16.

18. Defenition and characteristic of nurse practioneres/ advanced practice for nurses. ICN: International Council of Nurses Briefings. Geneva; 2002: 6.



19. Juričič KN. Krepitev duševnega zdravja na Celjskem z vidika javnega zdravja – primer iz prakse V. Preventiva. Majhnov dan: Celje, 2007: 7-12.
20. Marušič A, Temnik S. Javno duševno zdravje. Celje: Celjska Mohorjeva družba, 2008:78-80.
21. Zakon o duševnem zdravju Ur.l. RS.št. 77/2008: 11097.  
<http://www.uradni-list.si/1/content?id=88016>
22. Kogovšek B, Škerbinek A. Zdravstvena nega bolnika z duševnimi motnjami. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije, 2002: 8-9.
23. Pikovnik E, Fink A. Zdravstvena nega pacienta z depresijo. Ljubljana: Ministrstvo za šolstvo in šport, 2009: 12- 21.
24. Križanec D. Pomen negovalne anamneze pri definiciji negovalne diagnoze in načrtu zdravstvene nege. V: Čuk V, ur. Zbornik posvetovanj o teoriji in praksi zdravstvene nege 2001- 2004: Zbornica- Zveza, Psihiatrična sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Idrija: ABC Merkur, 2004: 62- 63.
25. Callaghan P. Oxford Handbook of Mental Health Nursing Skills. London: Oxford University press, 2006: 78- 121.
26. Lazarou C, Korita C, Kapson M. Overview of depression: epidemiology and implications for community nursing practice. *BJCN* 2010; 16 (1): 41-47.
27. Malinari V, Hedgecock D, Branch L, Brown L, Hyer K. Mental health Services in nursing homes: A survey of nursing home administrative personnel. *AMH* 2009; 13 (3): 477- 486.
28. Barker P. Psychiatric and Mental Health Nursing; The craft of caring. London: Hoder Arnold, 2009: 243- 355.
29. De Niet G, Tiemens B, Hutschemakers G. Nursing care for sleep problems in psychiatry: is there a problem?. *BJN* 2009; 18 (7): 429-433.

30. Dragšič M, Ramadani E, Majhenič TS. Vloga medicinske sestre v zdravstveni negi depresivnega bolnika. V: Kores Plesničar B. (ur). Dnevi Mariborske psihiatrije. Splošna bolnišnica Maribor, 2002:56-60.
31. Dernovšek M, Budja J, Valič M. Bipolarna motnja razpoloženja. Littera Picta: Društvo za pomoč osebam z depresijo in anksioznimi motnjami, Ljubljana: Ljubljana, 2008: 2.

## **ZAHVALA**

Iskreno se zahvaljujem vsem, ki so mi strokovno, nesebično in požrtvovalno pomagali pri ustvarjanju moje diplomske naloge.

## **PRILOGE**

### **ANKETNI VPRAŠALNIK**

Spoštovani!

Sem Angelika Pustotnik, absolventka UP Fakultete za vede o zdravju. V okviru svoje diplomske naloge pod mentorstvom mag. Vesne Čuk z naslovom **Vloga medicinske sestre pri obravnavi pacienta z bipolarno motnjo** bi rada ugotovila, koliko strokovnega znanja imajo medicinske sestre na področju prepoznavanja simptomov in znakov bipolarne motnje razpoloženja, ali imajo medicinske sestre dovolj sposobnosti na področju ugotavljanja potreb po zdravstveni negi pri pacientih z bipolarno motnjo razpoloženja ter ugotoviti, ali zdravstveno osebje sodeluje pri celostni obravnavi pacienta z bipolarno motnjo.

Pred Vami je prostovoljni in anonimni vprašalnik, zagotavljam Vam, da bodo vsi podatki uporabljeni samo v namen raziskave. Na vprašanja odgovorite tako, da obkrožite črko pred odgovorom ali dopišite odgovor.

Za Vaše odgovore se Vam iskreno zahvaljujem!

**1. STAROST** .....let

**2. SPOL**

a) moški

b) ženski

**3. OBKROŽITE USTREZEN ODGOVOR**

a) srednja medicinska sestra /zdravstvenik v PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI IDRIJA

b) diplomirana medicinska sestra / zdravstvenik v PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI IDRIJA

c) srednja medicinska sestra / zdravstvenik v PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI BEGUNJE

d) diplomirana medicinska sestra / zdravstvenik v PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI BEGUNJE

**4. DELOVNA DOBA NA PSIHIATRIJI?**

a) 1-5 let      b) 6-10 let      c) 11-15 let      d) 16-20 let      e) nad 21 let

**5. SKUPNA DELOVNA DOBA (VKLJUČNO S PREDHODNIMI ZAPOSLOITVAMI)**  
\_\_\_\_\_ LET.

---

**6. KAJ MENITE, ALI OBSTAJAJO RAZLIKE MED SPOLOMA GLEDE BIPOLARNE MOTNJE RAZPOLOŽENJA?**

A). DA      B). NE

**7. PRI KATEREM SPOLU JE BIPOLARNA MOTNJA RAZPOLOŽENJA PO VAŠEM MNENJU POGOSTEJŠA? (obkrožite en odgovor)**

a) moški                      b) ženske      c) ni razlik med spoloma

**8. IZ KATERIH DVEH EPIZOD OZ. OBOLENJ JE SESTAVLJENA BIPOLARNA MOTNJA?**

a.....

b.....

**9. NAŠTEJTE 5 ZNAČILNOSTI PACIENTOV Z BIPOLARNO MOTNJO RAZPOLOŽENJA?**

a.

b.

c.

d.

e.

**10. ALI SE UDELEŽUJETE IZOBRAŽEVANJ NA TEMO DUŠEVNIH MOTENJ IN ZDRAVSTVENE NEGE?**

a) da                                      b) ne

**11. KAKO POGOSTO SE UDELEŽUJETE IZOBRAŽEVANJ NA TEMO DUŠEVNIH MOTENJ IN ZDRAVSTVENE NEGE?**

a) vsako leto 1-2x,

b) vsaki dve leti 1-2x,

c) vsaka tri leta 1-2x,

d) do sedaj se še nisem udeležil-a izobraževanja o duševnih motnjah in zdravstveni negi

**12. MENITE, DA IMATE DOVOLJ IZOBRAŽEVANJ NA TEMO DUŠEVNIH MOTENJ IN ZDRAVSTVENE NEGE?**

a) da                                      b) ne

---

**13. NA KATEREM PODROČJU MENITE, DA IMATE PREMALO ZNANJA?**

**OCENITE Z OCENO OD 1 DO 5 PRED VSAKO VRSTICO: VSAKO ŠTEVILO UPORABITE SAMO ENKRAT**

- a) zdravljenje in terapijska obravnava pacientov.....
- b) zdravstvena nega na psihiatričnem področju.....
- c) poznavanje simptomov in znakov bolezni.....
- d) področje negovalnih diagnoz.....
- e) pristopi in veščine terapijske komunikacije.....

**14. NA KATEREM PODROČJU MENITE, DA IMATE NAJVEČ PRIDOBLENEGA ZNANJA?**

**OCENITE Z OCENO OD 1 DO 5 PRED VSAKO VRSTICO: VSAKO ŠTEVILO UPORABITE SAMO ENKRAT**

- a) zdravljenje in terapijska obravnava pacientov.....
- b) zdravstvena nega na psihiatričnem področju.....
- c) poznavanje simptomov in znakov bolezni.....
- d) področje negovalnih diagnoz.....
- e) pristopi in veščine terapijske komunikacije.....

**15. KATERA JE NAJBOLJ PRIPOROČLJIVA OZ. ZAŽELJENA METODA ZDRAVLJENJA PACIENTOV Z BIPOLARNO MOTNJO?**

- a) zdravljenje z zdravili
- b) psihosocialni pristop
- c) psihoterapija, kognitivno vedenjska terapija,.....
- d) psihoedukacija
- e) celostna timska obravnava

**16. MENITE, DA NA PODLAGI SVOJIH ZNANJ IN IZKUŠENJ LAHKO SAMOSTOJNO IN KAKOVOSTNO IZVAJATE PROCES ZDRAVSTVENE NEGE PACIENTA Z BIPOLARNO MOTNJO?**

- a) da
- b) ne

**17. ALI UGOTAVLJANJE POTREB PO ZDRAVSTVENI NEGI PACIENTA Z BIPOLARNO MOTNJO OBSEGA TELESNE, DUŠEVNE IN SOCIALNE PROCESSE?**

- a) da
  - b) ne
-

**18. OBKROŽITE, KATERA OD NAVEDENIH AKTIVNOSTI JE V PROCESU ZDRAVSTVENE NEGE PACIENTA Z BIPOLARNO MOTNJO PO VAŠEM MNENJU NAJPOMEMBNEJŠA (od navedenih obkrožite samo enega).**

- a) identificiranje potreb na podlagi zbranih informacij
- b) interpretiranje zbranih podatkov, negovalne diagnoze
- c) izvajanje intervencij in aktivnosti zdravstvene nege
- c) vrednotenje oz. preverjanje potreb skupaj z bolnikom
- e) izvajanje aktivnosti terapevtske komunikacije
- f) .....

**19. ALI STE PRI SVOJEM DELU VKLJUČENI IN SODELUJETE PRI CELOSTNI OBRAVNAVI PACIENTA Z BIPOLARNO MOTNJO?**

- a) da
- b) ne

**20. OPIŠITE PROSIM, NA KAKŠEN NAČIN SODELUJETE PRI CELOSTNI OBRAVNAVI PACIENTA Z BIPOLARNO MOTNJO.**

**21. KAKO JE V PROCES OBRAVNAVE VKLJUČENA ZDRAVSTVENA NEGA?**

**22. KAKŠNA JE VLOGA ZDRAVSTVENO NEGOVALNEGA OSEBJA?**

Hvala Vam za Vaš čas

---







